PIELĘGNIARKA polska



Kol. ZATOPIAŃSKA FELICJA, kierowniczka szkolenia w lecznictwie otwartym, przodownica pracy na terenie Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 1 w Warszawie, prowadzi zajęcia z grupą słuchaczek praktykujących w lecznictwie otwartym.

Foto Franckowiak



Rok 6 (XVII)
1953
Nr. 12
GRUDZIEŃ
PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

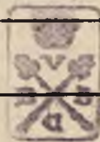
SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Grudzień 1953 Nr 12



AKCJA ZWALCZANIA GRUŹLICY

ABY lepiej uprzytomnić sobie rolę pielęgniarki w akcji przeciwgruźliczej, dobrze jest porównać możliwości i metody walki z gruźlicą w Polsce przedwojennej i Polsce Ludowej.

Przed wojną nie prowadzono w Polsce jednolitej akcji przeciwgruźliczej, a walkę z gruźlicą cechowała bezplanowość zarówno pod względem organizacji jak i sposobów leczenia. Owczesna akcja przeciwgruźlicza obejmowała stosunkowo małą grupę spośród dużej liczby chorych.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że w owym czasie umieralność z powodu gruźlicy była dwukrotnie większa niż obecnie.

Mała liczba leczących się w zakładach przeciwgruźliczych wynikała z dwóch powodów: 1) wykrywano znacznie mniej chorych na gruźlicę, gdyż nie organizowano powszechnych, masowych badań radiologicznych, a 2) większość chorych na gruźlicę nie miała dostatecznych środków materialnych, aby móc korzystać z płatnego lecznictwa sanatoryjnego.

Istniała swego rodzaju paradoksalna sytuacja: chociaż liczba łóżek sanatoryjnych była niewielka (było ich 4 razy mniej niż obecnie) — nie wykorzystywano ich całkowicie.

Poradnie przeciwgruźlicze, mające za cel przede wszystkim profilaktykę, stały na bardzo różnym poziomie. Np. Poradnia Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Warszawie przy ul. Miodowej 23 miała dobrych specjalistów, ftyzjatrów i rentgenologów oraz wykwalifikowane i rozumiejące swoje zadanie pielęgniarki, a przy tym zaopatrzona była w nowoczesny sprzęt.

Natomiast poradnie w małych miastach nie miały ani specjalistów, ani możliwości badania radiologicznego, ani odpowiednio wykwalifikowanych pielęgniarek.

Leczenie gruźlicy w sanatoriach było słabo związane z akcją poradnianą, chociaż samo lecznictwo sanatoryjne stało na stosunkowo wysokim poziomie. Leczenie sanatoryjne opierało się na znanej metodzie prof. dr *Alfreda Sokołowskiego,* którą rozwijali tacy wybitni specjaliści, jak *Kazimierz Dłuski, Stanisław Meissner, Stefan Rudzki, Olgierd Sokołowski* i inni.

Wojna i okupacja hitlerowska wykruszyły kadry pracujące w akcji przeciwgruźliczej.

Jak wielkie były te straty okazało się dopiero po wojnie, gdy w Polsce Ludowej w trosce o człowieka pracy rozpoczęto na nowo organizować poradnictwo przeciwgruźlicze i lecznictwo sanatoryjne, gdy akcja przeciwgruźlicza stała się jednym z naczelnych, planowych zadań społecznej służby zdrowia.

Wiemy, że w bardzo krótkim czasie liczba poradni przeciwgruźliczych wzrosła pięciokrotnie, a liczba łóżek sanatoryjnych — czterokrotnie w stosunku do przedwojennych i w związku z tym zabrakło kadr lekarzy i pielęgniarek przygotowanych do walki z gruźlicą.

Wydawało się, że niedobór pielęgniarek da się szybciej wyrównać niż niedobór lekarzy. Okazało się jednak, że do walki z gruźlicą trzeba co najmniej 3 razy więcej pielęgniarek niż lekarzy, a przy tym dał się odczuć dotkliwy brak instruktorek, znających pracę poradnianą i mających takie doświadczenie w dziedzinie opieki nad środowiskiem chorego na gruźlicę, aby prowadzić szkolenie w tym kierunku.

Styl i metody pracy w poradni przeciwgruźliczej uległy zmianie i zmieniają się w dalszym ciągu. Wcześniej niż w inynch specjalnościach wprowadzono rejonizację poradni przeciwgruźliczych i zespolenie ich z lecznictwem zamkniętym. W 1949 r. poradnie przeciwgruźlicze rozpoczęły tworzenie punktów zabiegowych z łóżkami dla chorych.

Praca poradni przeciwgruźliczej w terenie zależy przede wszystkim od pielęgniarki, która przeprowadza odwiedziny domowe w środowisku chorego, skierowuje na badania w poradni osoby pozostające w styczności z chorym, organizuje tok przyjmowania chorych itd. Dotarcie do środowiska domowego chorego, często odległego od poradni stanowi dla pielęgniarki nierzadko trudne zadanie; tam, gdzie sama nie

może dostatecznie często i szczegółowo prowadzić odwiedzin, powinna korzystać z pomocy pielęgniarek odcinkowych Ośrodka Zdrowia i położnych gminnych. Pielęgniarka poradni powinna być instruktorką w sprawach opieki nad środowiskiem gruźliczym i sprawdzać wyniki pracy pielęgniarek odcinkowych w tym zakresie.

Położne gminne powinny współpracować z pielęgniarkami poradni w dziedzinie opieki nad ciężarnymi i noworodkami ze środowiska gruźliczego. W razie wykrycia gruźlicy u kobiety ciężarnej lub u osoby z jej środowiska, należy bezwzględnie dziecko zaszczepić przeciw gruźlicy, podobnie zresztą jak wszystkie noworodki. Osoba chora, zależnie od wskazań, powinna być leczona w zakładzie przeciwgruźliczym. Dziecko należy starać się oddzielić od chorego na gruźlicę i umieścić w specjalnym zakładzie dla małych dzieci lub u dalszej rodziny, przebadanej i wolnej od gruźlicy. Jeżeli te warunki nie mogą być spełnione, trzeba dziecko odizolować od chorego wewnątrz mieszkania i pouczyć rodzinę, jak chronić je przed zakażeniem.

Bardzo ważne jest powiązanie poradni przeciwgruźliczej z poradnią dla matki i dziecka na szczeblu podstawowym i specjalistycznym. Powiązanie to powinno polegać na wymianie wiadomości o środowiskach gruźliczych, gdzie znajdują się dzieci oraz na wzajemnych konsultacjach.

Pielęgniarka poradni powinna dbać także o powiązanie ze stacją sanitarno-epidemiologiczną. Usługi stacji sanitarno-epidemiologicznej są nieodzowne dla oczyszczenia środowiska gruźliczego, niejednokrotnie zaniedbanego pod względem higieny.

Do obowiązków pielęgniarki poradni należy opieka nad szczepieniami przeciwgruźliczymi. Szczepienia doustne noworodków wykonuje położna, jednak pielęgniarka powinna o nich wiedzieć i w odpowiednich terminach przeprowadzać kontrolne badania tuberkulinowe. Pielęgniarka poradni musi znać plan śródskórnych szczepień przeciwgruźliczych na swoim terenie i zawiadomić punkt szczepień lub kolumnę szczepień o dzieciach ze środowisk gruźliczych.

Szczególne miejsce w arsenale środków zwalczania gruźlicy zajmuje oświata sanitarna.

Pielęgniarka poradni powinna szerzyć oświatę sanitarną nie tylko przez wygłaszanie pogadanek w zakładach pracy, w szkołach i organizacjach społecznych, lecz przede wszystkim pouczając pacjentów w poradni, w poczekalni i w czasie przyjęć chorych oraz w czasie odwiedzin domowych.

Praca w szpitalu przeciwgruźliczym zespolonym z poradnią nie wprowadza nowych zagadnień do normalnych obowiązków pielęgniarskich. Dla chorego na gruźlicę pobyt w szpitalu jest tylko epizodem w całości leczenia przez poradnię. Poradnia bowiem, a nie szpital, jest zasadniczym elementem akcji przeciwgruźliczej. Praca więc pielęgniarki na szpitalnym oddziale przeciwgruźliczym — poza zagadnieniami wypływającymi z zespolenia z poradnią — nie różni się właściwie od pracy na innych oddziałach szpitalnych.

Zadaniem sanatoriów jest jak najszybciej i jak najtrwalej wyleczyć chorego na gruźlicę, aby mógł powrócić do pracy dla siebie, rodziny i społeczeństwa.

Zasadniczą metodą leczenia sanatoryjnego jest jak dawniej leczenie stopniowanym wypoczynkiem w odpowiednich warunkach klimatycznych i higieniczno-dietetycznych. Uzupełniają to: leczenia operacyjne i ostatnio również leczenie chemoterapeutyczne.

Sanatorium przeciwgruźlicze w Polsce Ludowej jest nie tylko zakładem leczniczym, lecz równocześnie szkołą higieny osobistej, wpajającą w chorego zasady takiego postępowania, aby nie zakażał osób ze swego środowiska. Pielęgniarka sanatoryjna, obok lekarza, powinna być nauczycielką i propagatorką tych zasad.

Dr OLGIERD BURACZEWSKI

PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA! ULEPSZAJCIE ROZWIJAJCIE SŁUŻBĘ ZDROWIA, PODNOŚCIE POZIOM PRACY INSTYTUCJI LECZNICZYCH I SANITARNYCH, STOSUJCIE W PRAKTYCE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWE MEDYCYNY

(Z haseł KC KPZR na XXXVI rocznicę Wielkiej Rewolucji Październikowej)

JADWIGA PERESZCZAKO
Przełożona pielęg.
Szp. Chriurgii Kostnej w Konstancinie

GRUŹLICA KOSTNO-STAWOWA

WEDŁUG statystyki III Kliniki A. M. w Warszawie 36,9% gruźlicy kostno-stawowej przypada na dzieci, 18,4% — na młodzież oraz 44,7% — na dorosłych. Również ze statystyki III Kliniki A. M. w Warszawie wynika, że 39,7% chorych przypada na robotników i wieśniaków, 32,5% — na uczącą się młodzież, 27,8% na inteligencję pracującą.

PATOGENEZA

Gruźlicę kostno-stawową w 80% wywołuje prątek typu ludzkiego, w pozostałych 20% — prątek typu zwierzęcego.

Gruźlica kostno-stawowa może rozwijać się w każdym okresie życia, jednak zasadniczo jest chorobą wieku dziecięcego i występuje najczęściej około drugiego roku życia. Gruźlica kostno-stawowa występuje przeważnie jednoogniskowo, u dzieci czasem spotyka się kilka ognisk.

Poważną rolę w szerzeniu się gruźlicy odgrywają: stały kontakt ze źródłem zakażenia, złe warunki mieszkaniowe i niedostateczne odżywianie. Duża ilość zachorowań oraz trwałe kalectwo, do którego mimo długotrwałego i kosztownego leczenia choroba ta doprowadza, stawiają to zagadnienie w rzędzie poważnych zagadnień społecznych.

Gruźlica kostno-stawowa jest chorobą wtórną i stanowi przerzut prątków Kocha, najczęściej krwiopochodnych, z ogniska lub zespołu pierwotnego. Zespół pierwotny składa się, jak wiadomo, ze swoistego ogniska pierwotnego, swoistego zapalenia okolicznych naczyń chłonnych i swoistego zapalenia węzłów chłonnych. Prątek Kocha może osadzać się w każdej tkance, tworząc zespoły pierwotne: płucne, jelitowe, gardlane lub nosowe, a każdy z nich może stać się źródłem przerzutu do układu kostno-stawowego, przeważnie jednak powoduje to zespół płucny.

Badania autorów radzieckich (według *Lebedewej)* obejmujące olbrzymią liczbę chorych oraz zwłoki zmarłych w różnym wieku — badania anatomiczne, kliniczne, radiologiczne i biologiczne — wykazały, że gruźlica kostno-stawowa jest sprawą niezbicie wtórną, przerzutem z pierwotnego, najczęściej płucnego ogniska.

Pierwotne ognisko lub cały zespół pierwotny, przy pomyślnym przebiegu procesu swoistego, może ulec albo zupełnemu wygojeniu, albo otorbieniu, częściowemu zwłóknieniu lub też całkowitemu zwapnieniu. Niezależnie od zejścia, pierwotne ognisko gruźlicze jest zawsze potencjalnym ogniskiem infekcji i w pewnych warunkach, zwłaszcza w okresie załamania się biologicznych sił ustroju, może stać się źródłem przerzutu także do układu kostno-stawowego.

Rozwój zakażania gruźliczego, od chwili wtargnięcia prątka aż do wytworzenia się ogniska w układzie kostno-stawowym, przedstawia c y k l o g ó l n y r o z w o j u p r ą t k a w organizmie. Powstawanie i rozwój ogniska gruźliczego w kości lub stawach stanowi m i e j s c o w y c y k l r o z w o j u p r ą t k a w danej tkance.

Mechanizm powstawania ogniska gruźliczego w kości lub stawach jest zasadniczo podobny do rozwoju gruźlicy w tkance płucnej, istniejące zaś różnice uwarunkowane są odmienną budową tkanek.

Według *Lebedewej* i innych autorów radzieckich, pojedyńcze prątki lub ich zlepy osadzają się w kości na ścianie naczyń krwionośnych, powodując miejscowy odczyn ściany naczyniowej, który w pomyślnych dla prątka warunkach biologicznych rozwija się w swoisty proces zapalny, mogący przebiegać w postaci albo fazy wysiękowej, albo wytwórczej.

Jakkolwiek pierwszą fazą swoistego zapalenia jest wysięk, a drugą tworzenie się ziarniny, to niejednokrotnie zaciera się granica i obie fazy występują równocześnie, względnie z przewagą pierwszej lub drugiej. Pomyślnym zejściem pierwszej lub drugiej fazy jest z w a p n i e n i e ogniska, niepomyślnym zaś — zserowacenie. Zejście pomyślne lub nie pomylne zależy prawdopodobnie od zjadliwości prątka, od jego postaci oraz od obronnych sił biologicznych ustroju. Od stopnia rozwoju lub przewagi pierwszej czy drugiej fazy zależy zejście sprawy chorobowej i z tego względu stwierdza się gruźlicę kostno-stawową: wysiękową, ziarninową, serowatą i mieszaną.

Przebieg gruźlicy kostno-stawowej można ująć w cztery charakterystyczne okresy kliniczne:

1) n a c i e c z e n i e okres początkowy, trwający od kilku miesięcy do jednego roku, a czasem dłużej;

2) s c h o r z e n i e r o z w i n i ę t e w pełni — niszczenie tkanek, okres wyraźnych objawów, trwający rok do dwuch i więcej lat;

3) o k r e s n a p r a w y zatrzymanie się i cofanie się procesu, otorbienie i wapnienie ognisk, zmniejszanie się ropni, co trwa około 2 lat i dłużej;

4) o k r e s z e s z t y w n i e n i a czas trwania krótszy lub dłuższy zależny od wielkości zajętego stawu oraz następujących czynników: zjadliwości prątków, sił obronnych organizmu, czasu rozpoczęcia leczenia, metody leczenia oraz zachowania jego ciągłości i jednolitości.

Zależnie od umiejscowienia procesu gruźliczego rozróżnia się gruźlicę: kostną, stawową, stawowo-kostną i torbielową.

Przy zaatakowaniu tkanki kostnej proces usadawia się najczęściej w nasadach, czasem w przysadach, a najrzadziej w trzonach kości. Jeżeli proces swoisty toczy się w obrębie trzonu kości, częściej spotyka się gruźlicę szpiku niż warstwy zbitej kości.

Gruźlica kostno-stawowa przebiega przeważnie w postaci przewlekłej. W przypadkach ostrych spotykamy: gruźlicze nacieczenie kości oraz gruźlicę prosówkową kości. W przypadkach przewlekłych spotyka się: gruźlicę torbielową kości, nacieczenie gruźlicze kości oraz gruźliczą próchnicę kości.

Gruźlica stawowa przebiega w postaci albo swoistego zapalenia maziówki: wysiękowego, ziarninowego, serowaciejącego i mieszanego, albo zapalenia kostno-maziówkowego: wysiękowego, ziarninowego, serowaciejącego i mieszanego.

Uraz w gruźlicy kostno-stawowej może być jednym z czynników usposabiających lub pobudzających i w ten sposób może przyczynić się do rozwoju gruźlicy np. przez bezpośrednie wprowadzenie zakażenia gruźliczego, może u osoby zakażonej gruźlicą powodować wylew krwi i rozwój prątków w wynaczynionej krwi (zjawisko często spotykane w obrębie kończyny dolnej lub kręgosłupa), a także może uczynnić ognisko utajone lub ognisko klinicznie wygojone.

KLINIKA

Objawem procesu gruźliczego w układzie kostno-stawowym są zniekształcenia wywołane przez przykurcze mięśni, zniszczenie tkanki kostnej oraz zaburzenia wzrostowe.

Przykurcz stanowi skomplikowany odczyn obronny, zmierzający do unieruchomienia schorzałego stawu albo stawu leżącego w sąsiedztwie ogniska chorobowego i powoduje najczęściej nieprawidłowe ułożenia. Przykurcz jest objawem wczesnym i bardzo charakterystycznym, a zejściem jego, podobnie jak i zmian toczących się w stawie, może być zesztywnienie bądź w ustawieniu prawidłowym, bądź częściej — w nieprawidłowym.

Dalej, następstwem zmian niszczących w obrębie tkanki kostnej i torebki stawowej mogą być zniekształcenia w postaci wygięć kątowych lub łukowych albo złamań kości. W obrębie stawów stwierdza się: nadwichnięcia, zwichnięcia lub wędrowanie.

Proces swoisty toczący się w nasadzie lub też w przysadzie kości, w okolicy chrząstki nasadowej lub okostnej odbija się dodatnio lub ujemnie na wzroście. Zaburzenia wzrostowe są wybitniej zaznaczane, gdy proces swoisty szerzy się w tkance kostnej, a nie w obrębie torebki stawowej i wtedy mogą występować takie zniekształcenia, jak: wydłużenie lub skrócenie kości, zwężenie szpary stawowej, spłaszczenie panewki, zgrubienie nasady trzonów itp.

W dalszym etapie zniszczenia w gruźlicy kostno-stawowej występują ropnie stawowe mające tendencję do przebijanie się do jam stawowych, na zewnątrz lub też tendencję do wędrowania. Rozróżnia się tu dwa typy ropni: czynne (ciepłe) i ropnie z małą aktywnością (zimne).

OBJAWY

Objawy dzielą się na 4 grupy odpowiednio do 4 okresów klinicznych.

Pierwszy okres charakteryzuje:

1) o b j a w y n a p r o w a d z a j ą c e: wywiady stwierdzające źródło zakażenia gruźliczego wśród najbliższego otoczenia, względnie dowód przebycia gruźliczego zakażenia płuc; powolny początek i długotrwały rozwój choroby, ogólne osłabienie, brak łaknienia, bladość, zwyżki temperatury, oszczędzanie się, krzyki nocne, zaburzenia psychogenne (gnuśność, drażliwość, zmiana charakteru);

2) o b j a w y k l i n i c z n e: bóle samoistne (które przemijają w późniejszym okresie), umiejscowione w odpowiednim odcinku kości lub stawu, bóle uciskowe, bóle nocne, oszczędzanie schorzałego odcinka, zaniki mięśniowe, przykurcz w tym okresie jeszcze bardzo dyskretny, nieznaczny obrzęk, powiększenie okolicznych węzłów chłonnych, miejscowe podwyższenie ciepłoty i zaburzenia czynności;

3) o b j a w y r e n t g e n o w s k i e: w początkach choroby zdjęcia rentgenowskie zazwyczaj nie wykazują uchwytnych zmian; może być minimalne zwężenie szpary stawowej i czasami odwapnienie kości;

4) b a d a n i a s e r o l o g i c z n e: dodatni odczyn Mantoux, przyspieszenie opadania krwinek czerwonych, dodatni wynik szczepienia punktatu na świnkę morską, dodatni wynik badania wyciętej tkanki lub węzła chłonnego.

Objawy charakterystyczne dla drugiego okresu

1) o b j a w y n a p r o w a d z a j ą c e: podobne jak w okresie pierwszym, lecz o wiele jaskrawsze;

2) o b j a w y k l i n i c z n e: bóle stałe lub przemijające, nasilające się przy ruchu, a ustępujące po unieruchomieniu, oszczędzanie kończyny chorej aż do zupełnego wyłączenia jej z czynności, zaniki mięśniowe, przykurcze powodujące wadliwe ustawienie, rozdęcie stawu lub kości, powiększenie okolicznych węzłów chłonnych, miejscowe podwyższenie temperatury, zaburzenia statyki, zniekształcenia w posta-

ci garbu, rozdęcia kości lub zwichnięcia stawów, ropnie opadowe i przetoki, niedowłady i porażenia;

3) **objawy rentgenowskie**: w okresie niszczenia (destrukcji) radiologicznie stwierdza się ubytki, nadżerki, zniekształcenia, zatarcie konturów stawowych i typowej budowy kostnej, czasem mogą ukazywać się martwaki, będące przyczyną ropiejących przetok;

4) **wyniki badań serologicznych**: są zawsze pozytywne.

Objawy charakteryzujące trzeci okres choroby

W tym okresie niektóre z wyżej wymienionych objawów cofają się albo nawet znikają, inne zaś pozostają w tym samym stopniu nasilenia. Stwierdza się znaczną poprawę stanu ogólnego, powrót łaknienia, znacznie zmniejszają się bóle, obrzęk, temperatura miejscowa, węzły chłonne maleją; przykurcze, zaniki mięśniowe oraz zaburzenia czynności i statyki pozostają takie same albo cofają się nieznacznie. W obrębie kończyn stwierdza się zniekształcenia w postaci: skróceń, wędrowania panewki, zniszczenia stawu oraz nieprawidłowych ustawień. Zaburzenia czynności utrzymują się nadal, ruchy czynne są przeważnie znikome, ruchy bierne dają się w pewnym zakresie wykonywać i są niebolesne. Objawy rentgenowskie świadczą o przedłużeniu i nasileniu okresu drugiego. Stwierdza się nie tylko ubytki i nadżerki, ale całkowite zniszczenie powierzchni stawowych. Np. w stawie biodrowym stwierdza się zazwyczaj brak główki z częścią szyjki, które zostały zniszczone przez proces chorobowy.

Objawy charakteryzujące czwarty okres choroby

Zniekształcenia,zesztywnienia, wadliwe ustawienie, zaburzenia lub całkowite zniesienie czynności.

W gruźlicy stawowej istnieje możliwość dwojakiego zejścia procesu: zesztywnienia lub wytworzenia stawu rzekomego. Staw w tym okresie jest suchy, niegorący, niebolesny. W obrębie stawu widać zniesienie czynności, a w stawach rzekomych — ruchomość niebolesną, ograniczoną. Radiologicznie można stwierdzić lepsze uwapnienie kości, zatarcie powierzchni stawowych, które w obrazie rentgenowskim tworzą blok kostny.

ROZPOZNANIE

Rozpoznanie gruźlicy kostno-stawowej w początkowych okresach zalicza się do najważniejszych i najtrudniejszych zagadnień ortopedii. Wczesne i właściwe rozpoznanie tego schorzenia jest podstawą do rozpoczęcia jak najwcześniej odpowiedniego leczenia i decyduje o pomyślnym rokowaniu. Do ustalenia rozpoznania służą wyżej opisane objawy.

LECZENIE

Leczenie gruźlicy kostno-stawowej dzieli się zasadniczo na operacyjne i zachowawcze.

Nowoczesne epokowe zdobycze medycyny — antybiotyki — skracają okres trwania choroby niejednokrotnie o połowę i pozwalają na wczesną interwencję chirurgiczną. Wieloletnie badania różnych autorów dowodzą, że pełne wyleczenie można osiągnąć przez wycięcie chorego stawu albo dokładne operacyjne unieruchomienia. W związku z tym, w planie postępowania w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej uwzględnia się szeroki zakres zabiegów operacyjnych, niekiedy bardzo ciężkich. W pierwszym i drugim okresie choroby zabieg operacyjny najczęściej nie wchodzi w grę z powodu wysokiego OB i ogólnego złego stanu chorego i w tych przypadkach stosuje się leczenie zachowawcze — unieruchamiające opatrunki gipsowe oraz w celu podniesienia stanu ogólnego, leczenie ogólnowzmacniające, jak środki farmakologiczne, odpowiednie warunki klimatyczne i dobre odżywianie.

W leczeniu gruźlicy kostno- stawowej czy to operacyjnym, czy zachowawczym, bardzo ważną rolę odgrywają następujące czynniki: leczenie farmakologiczne, odżywianie, warunki klimatyczne, usprawnianie, terapia zajęciowa.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Stosowanie penicyliny w przypadkach z przetokami daje doskonałe wyniki. Penicylina przyczynia się do opanowania wtórnych zakażeń, do wygojenia przetok, a tym samym do podniesienia stanu ogólnego ustroju.

Wprowadzenie streptomycyny otwiera nowy okres w historii leczenia gruźlicy kostno-stawowej. Streptomycyna wcześnie zastosowana skraca do połowy wstępny okres gruźlicy i umożliwia kliniczne wygojenie w czasie o wiele krótszym niż przy dawnych sposobach. Wyniki leczenia zapowiadają się korzystniej: osiąga się większy odsetek wygojenia z zachowaniem pełnej ruchomości lub wygojenie z zesztywnieniem w czasie o wiele krótszym. Stosowanie PAS'u również skraca czas trwania choroby.

Ostatnio w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej stosuje się rimifon i aureomycynę. Wyniki jednak nie są jeszcze bliżej znane. Dla podniesienia ogólnego stanu chorego podaje się witaminy oraz różne środki wzmacniające.

Celem wzmożenia sił biologicznych ustroju, zwłaszcza w przypadkach znaczniejszych wyniszczeń, stosuje się przetaczanie krwi. Krew podaje się choremu w okresie przygotowań do zabiegu operacyjnego, w czasie zabiegu i w leczeniu pooperacyjnym.

Dobre odżywianie polega na dostarczeniu choremu dostatecznej ilości białka, tłuszczu, węglowodanów i witamin. Należy starać się o urozmaicenie diety, zwłaszcza gdy chorzy cierpią na brak apetytu. Przez cały czas leczenia należy podawać dużo mleka, świeżych owoców i jarzyn.

LECZENIE KLIMATYCZNE

Przez leczenie klimatyczne nie należy rozumieć, że chorego trzeba przenieść do innego klimatu. Chodzi o umieszczenie chorego w okolicy suchej i lesistej, chodzi o powietrze wolne od drobnoustrojów, gazów i pyłu, o pełnej zawartości tlenu. Chorzy powinni jak najdłużej przebywać na powietrzu.

Leczenie usprawniające ma na celu przywrócenie funkcji chorych stawów i stosuje się je zarówno w leczeniu pooperacyjnym jak i zachowawczym. Leczenie usprawniające, jeszcze stosunkowo mało znane i często niedoceniane, stanowi olbrzymi postęp w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Po okresie unieruchomienia chorzy przechodzą kolejno różne zabiegi: masaże, zabiegi fizjoterapeutyczne, ćwiczenia indywidualne, gimnastykę zbiorową, ćwiczenia podwodne itp.

Terapia zajęciowa — leczenie pracą spełnia trojakie zadanie: odwraca myśli chorego od jego cierpienia, przypomina lub uczy zawodu i jest mostem, po przejściu którego chory wróci do normalnych warunków życiowych.

PIELĘGNOWANIE

Gruźlica kostno-stawowa jest to choroba, która trwa nieraz kilka lat i mimo pieczołowitego leczenia pozostawia kalectwo. Chory, na długi czas oderwany od swego warsztatu pracy i domu rodzinnego, przechodzi chwile załamań psychicznych. To stawia przed pielęgniarką poważne zadania.

Pielęgnowanie chorego obejmuje szerokie kręgi: pielęgnowanie ciała, opiekę nad psychiką, rehabilitację i nauczenie zawodu. Pielęgnowanie wiąże się ściśle z okresami leczenia.

Gruźlica kostno-stawowa, jak wiadomo, wymaga często zabiegów operacyjnych. Chorzy pooperacyjni muszą mieć bardzo troskliwą opiekę: na sali powinna panować zupełna cisza, sala musi być dobrze ogrzana i zaopatrzona we wszystkie środki do walki z szokiem, aby w każdej chwili, kiedy zajdzie potrzeba, pielęgniarka miała wszystkie w pobliżu i mogła wykonać pracę bez najmniejszego zamieszania..

U chorych długo leżących, z porażeniami, niedowładami itp., należy zwracać uwagę na pielęgnowanie skóry, ponieważ w tych przypadkach, jak wiadomo, bardzo szybko mogą powstać odleżyny.

W leczeniu gruźlicy kostno-stawowej, zarówno pooperacyjnym jak i zachowawczym, dla prawidłowego ułożenia ciała i kończyn stosuje się opatrunki gipsowe, podwieszki oraz wyciągi różnego typu. Obowiązkiem pielęgniarki jest czuwać stale nad prawidłowym ułożeniem chorego, założeniem podwieszek i działaniem wyciągów oraz zapobiegać wtórnym zniekształceniom. Chory od chwili przestąpienia progu szpitala powinien wiedzieć i czuć, że pobyt jego w szpitalu jest chwilowy, że tu zrobi się wszystko, aby powrócił on do zdrowia.

Po leczeniu operacyjnym czy zachowawczym przychodzi czas na u s p r a w n i e n i e. Chory w tym okresie przechodzi zabiegi fizjoterapeutyczne, masaże, ćwiczenia podwodne, gimnastykę. Praca pielęgniarki nie zmniejsza się — obserwuje ruchy chorego, czy są prawidłowe, pomaga w nauce chodzenia itp.

Dalszym etapem usprawnienia jest t e r a p i a z a j ę c i o w a. Przed tym jednak jest do rozwiązania poważny problem. Często chory nie może powrócić do swych dawnych zajęć i trzeba pomyśleć o wyszkoleniu go w nowym zawodzie, trzeba nauczyć go takiej pracy, jaką będzie mógł wykonywać, i oddać go społeczeństwu jako jednostkę pełnowartościową.

Szpital Chirurgii Kostnej w Konstancinie mimo dotkliwego braku odpowiedniego personelu stara się wszelkie trudności pokonywać. W sali terapii zajęciowej chorzy pod kierunkiem instruktorów pracują do 4 godzin dziennie, wykonując najrozmaitsze prace: stolarskie, blacharskie, szaliki, teczki, pudełka, zabawki z klisz i inne. Ostatnio zorganizowano także salę zegarmistrzowską. Chory fachowiec zegarmistrz — przygotowuje kilku swych współtowarzyszy do nowego zawodu.

I w tym końcowym etapie leczenia pielęgniarka bierze czynny udział; opiekując się chorym przez dłuższy czas, poznaje jego zamiłowania, oswaja go z myślą o zmianie zawodu, jeśli to konieczne, i obok wielu codziennych obowiązków czuwa również nad pracą i postępami chorego w jego nowym zawodzie.

WALKA Z GRUŹLICĄ — JEDNYM Z NACZELNYCH HASEŁ PROFILAKTYKI W POLSKIEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

Dr KAZIMIERZ ŁODZIŃSKI

O ANTYBIOTYKACH

(dokończenie)

W latach poprzedzających drugą wojnę światową uczeni radzieccy, a zwłaszcza *Krasilnikow,* wykazali, że w przyrodzie istnieje wiele grzybków wytwarzających antybiotyki. Uczeni ci np. wykryli w glebie grzybka zwanego *Streptomyces griseus,* z którego w roku 1944 amerykański uczony, *Waksman* wyosobnił nowy antybiotyk — streptomycynę.

Okazało się, że ziemia, zwłaszcza nawożona gleba wiejska, jest najobfitszym źródłem tego i wielu innych antybiotyków. Ze źródeł tych można wyizolować m .in. czystą streptomycynę. Nie są to coprawda źródła bardzo wydajne, ale od czegóż twórcza inwencja człowieka. Uczeni poddali tego rodzaju grzybki działaniu promieni pozafiołkowych i otrzymali szczepy wytwarzające znacznie większe ilości streptomycyny. Ten nowy lek stał się sprzymierzeńcem człowieka w walce z gruźlicą.

Leczenie gruźlicy od roku 1944 wkroczyło na nowe tory i są dane po temu, by sądzić, że tak jak dzięki penicylinie udało się w znacznym stopniu opanować choroby weneryczne ,zwłaszcza kiłę, tak dzięki streptomycynie i innym antybiotykom uda się w pewnym stopniu opanować drugą klęskę społeczną — gruźlicę.

STREPTOMYCYNA

Podobnie jak w przypadku penicyliny, tak samo mamy do czynienia nie z jednym, lecz z wieloma antybiotykami pod wspólną nazwą streptomycyny.

Wytwarza ją wspomniany grzybek *streptomyces griseus,* wyhodowany z gleby. Wytwarza on streptomycynę A oraz 3 razy słabszą w działaniu — streptomycynę B. Okazało się, że streptomycyna A zbyt silnie działa na ustrój, ma nawet własności trujące, dlatego poddano ją przemianie, otrzymując znacznie mniej trującą d w u h y d r o s t r e p t o m y c y n ę, która znalazła szerokie zastosowanie w lecznictwie.

Streptomycyna silnie hamuje wzrost prątków kwasoodpornych wywołujących gruźlicę, a w silnych dawkach nawet je zabija.

Niestety, prątki mają wyjątkowe zdolności wytwarzania szczepów streptomycynoopornych, na dowód czego wyhodowano szczepy prątków mogących żyć w środowisku streptomycyny.

Stwierdzono również, że witamina C hamuje działanie bakteriostatyczne streptomycyny.

Zaczęto więc szukać skuteczniejszej metody podawania tego leku i stwierdzono, że trzeba go podawać synergetycznie z innymi głównie z kwasem paraaminosalicylowym (PAS) oraz z hydrazydem kwasu izonikotynowego.

Ten sposób okazał się tym bardziej korzystny, ponieważ streptomycyna, jak wspominaliśmy, jest czynnikiem do pewnego stopnia szkodliwym dla ustroju; może mianowicie wywierać działanie szkodliwe na ucho wewnętrzne (błędnik i ślimak), wywoływać porażenia nerwów obwodowych, uszkadzać narządy miąższowe, wątrobę i nerki, działać szkodliwie na szpik kostny i ośrodkowy układ nerwowy. Streptomycyna wywiera również ujemny wpływ na czynności rozrodcze. Ostatnio np. stwierdzono szereg wad rozwojowych po podawaniu streptomycyny we wczesnych okresach ciąży.

Streptomycyna powoduje również powstanie szeregu schorzeń uczuleniowych, zwłaszcza u podających ją pielęgniarek.

Wszystkie te zastrzeżenia nie zmniejszają jednak roli, jaką streptomycyna spełnia w leczeniu gruźlicy.

ANTYBIOTYKI A POSTĘP NAUKI

Od chwili, gdy po raz pierwszy zastosowano penicylinę, upłynęło 12 lat. Od tego czasu nauka o antybiotykach rozszerzyła się bardzo. We wszystkich niemal krajach potężne zakłady farmaceutyczne produkują antybiotyki, na które czekają rzesze chorych.

W Polsce Ludowej od paru lat czynne są Zakłady Tarchomińskie, duma narodu polskiego.

W roku 1951 prof. *Supniewski z Krakowa* dokonał syntezy nowego antybiotyku, zwanego chramfenikolem albo c h l o r o m y c e t y n ą.

Nowy ten antybiotyk działa bardzo skutecznie w wielu chorobach, zwłaszcza wieku dziecięcego: w zapaleniu płuc, w kokluszu, w biegunkach dziecięcych, a także w przypadkach duru plamistego, duru brzusznego oraz w chorobach wenerycznych.

Chloromycetynę, w przeciwieństwie do poprzednio omawianych antybiotyków, podaje się doustnie. Jest to lek bardzo trwały i, jak się okazało, nieszkodliwy dla organizmu; może wszakże wywoływać po dłuższym podawaniu, zwłaszcza u dzieci, zmniejszenie się ilości krwinek białych.

Podobna w działaniu do chloromycetyny jest a u r e o m y c y n a.

Antybiotyk ten uzyskany został w roku 1948. W Polsce biosyntezę tego leku przeprowadzono w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie w roku 1952.

Zarówno aureomycyna, jak i chloromycetyna działają tak na bakterie gramdodatnie, jak i gramujemne. Posiadają zatem niejako własności penicyliny i streptomycyny.

Aureomycyna, jak się zdaje, wykazuje działanie również w niektórych schorzeniach wirusowych, które dotychczas nie poddawały się leczeniu antybiotykami.

Można by jeszcze wspomnieć o wielu innych antybiotykach, o neomycynie, viomycynie, hamujących wzrost prątków gruźlicy, o terramycynie, leku o szerokim zakresie działania, o gramicydynie-S, antybiotyku stosowanym w ZSRR, i wielu innych.

Wiedza o antybiotykach ciągle idzie naprzód. Leczy się nimi nie tylko ludzi, ale i zwierzęta, a nawet rośliny. Każdy dzień przynosi nowe wiadomości o działaniu antybiotyków. Jedną z nich jest wykrycie ubocznego produktu przy wytwarzaniu streptomycyny — witaminy B_{12}, czynnika wzrostowego i zapobiegającego powstawaniu niedokrwistości złośliwej.

Korzystne efekty lecznicze nie mogą jednak przesłaniać tego, że niektóre antybiotyki dokonują w ustroju ludzkim przemian biochemicznych, które są dla organizmu niekiedy wręcz szkodliwe. Przykładem jest streptomycyna oraz szczepy bakterii odpornych na działanie antybiotyków.

Stwierdzono, że zbyt wczesne stosowanie antybiotyków niweczy odporność organizmu.

Doświadczenie nabyte na oddziałach wcześniaków wskazuje, że antybiotyki, nawet takie jak aureomycyna, mogą stać się niekiedy zabójcze dla młodego organizmu, niewykształconego jeszcze całkowicie.

Te końcowe uwagi niech będą przestrogą przed bezkrytycznym stosowaniem „cudownych leków“ na własną rękę, bez porozumienia się z lekarzem.

DR STEFAN KRUŚ

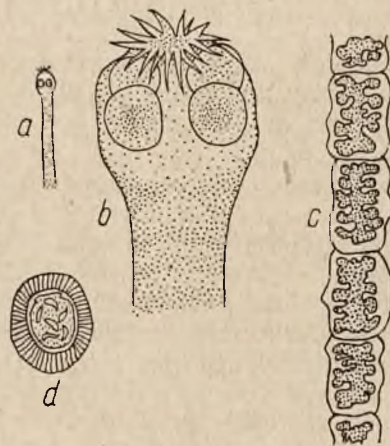
TASIEMCE

WŚRÓD pasożytów spotykanych w Polsce tasiemce należą do częstszych. Nazwa „tasiemiec“ nie jest dla nas tak obca, jak np. „tęgoryjec dwunastnicy“ lub „włosogłówka“, tym bardziej celowe jest więc poznanie, co właściwie pod słowem „tasiemiec“ się kryje. Przed tym jednak warto przypomnieć sobie dane z patologii ogólnej schorzeń pasożytniczych„ umieszczone w jednym z poprzednich numerów „Pielęgniarki“.

Znamy cztery zasadnicze typy tasiemców, budowa każdego z nich ma pewne cechy wspólne. Jak wskazuje nazwa, są to robaki płaskie i przeważnie bardzo długie, podobne do taśmy. Każdy tasiemiec składa się z główki zaopatrzonej w przyssawki, którymi robak trzyma się błony śluzowej jelita, z zsyjki, łączącej główkę z pierwszym z członów, oraz z bardzo wielu członów. Człony najmłodsze i najmniejsze znajdują się przy szyjce. Tasiemce chłoną pokarm całą powierzchnią ciała, nie posiadają zatem przewodu pokarmowego. Nie mają one także układu krążenia. Układ nerwowy reprezentują pasma włókien nerwowych biegnące wzdłuż ciała tasiemca, po jego brzegach; pasma te zaczynają się w główce. Układ wydalniczy stanowią cztery przewody kontaktujące się z mniejszymi przewodami, znajdującymi się w członach. Główne przewody wydalnicze kończą się otworami w ostatnim członie. Każdy człon posiada narząd płciowy męski i żeński — tasiemce są więc obojniakami. Kopulacja odbywa się w obrębie członów.

TASIEMIEC SAMOTNY CZYLI SOLITER
(taenia solium)

Znany jest na całym świecie i wyróżnia się następującymi właściwościami budowy: główka jego otoczona jest wieńcem dorbnych chitynowych haczyków, oprócz tego posiada także przyssawki. Cały ten aparat umożliwia robakowi silne przyczepienie się do ścianki jelita, co z kolei jest powodem znacznych trudności, gdy chcemy go z jelit usunąć. Siedliskiem tasiemca samotnego jest jelito cienkie: żywi się on miazgą pokarmową wchłanianą przez powierzchnię ciała. Długość jego dochodzi przeciętnie do 2—3 metrów, czasami nawet do 8 m, przy szerokości ok. 7 mm.



Tasiemiec samotny czyli soliter: a — wielkość naturalna, b — główka, c — przekrój członów, d — jajo.

W rozwoju gatunkowym tasimiec samotny wymaga dwóch żywicieli. Żywicielem pośrednim może być człowiek lub świnia. Jak to rozumieć?

Przypuśćmy, że świnia połyka jaja lub człony tasiemca (a człony też zawierają jaja), wydalone z kałem przez człowieka. Otoczki tych jaj rozpuszcza-

ją się w żołądku pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego, a z jaj wydobywają się larwy. przenikają przez błonę śluzową początkowych odcinków jelita cienkiego i docierają do naczyń krwionośnych lub limfatycznych. Larwa w tym okresie mierzy ok. 20 mikronów w średnicy. Prąd krwi niesie larwy do mięśni i narządów, larwy osiadają tam, w ciągu 3 miesięcy wzrastają i dojrzewają, w końcu powstają z nich wągry. Są to pęcherzyki rozmaitej wielkości (zwykle ziarna grochu, ale i większe), zawierające wpukloną do środka główkę pasożyta. Jeżeli mięso wieprzowe zakażone wągrami zostanie spożyte przez człowieka, w żołądku człowieka rozpuszcza się torebka wągra, główka tasiemca wyswobadza się i przyczepia do błony śluzowej jelita cienkiego. Od główki odrasta pierwszy człon, potem drugi itd. Powstaje dojrzały tasiemiec.

W naszym przykładzie pierwszym żywicielem, to jest żywicielem dojrzałego pasożyta, jest człowiek. Aby jednak mogło powstać drugie pokolenie tasiemca, jaja jego muszą przejść pewne fazy rozwojowe, tzn. przekształcić się w wągry, w ciele innego, drugiego czyli pośredniego żywiciela. Dopiero jednak po dostaniu się z powrotem do organizmu przedstawiciela pierwszych żywicieli może powstać z wągrów dojrzały tasiemiec.

Okazało się także, iż sam człowiek może odegrać rolę żywiciela pośredniego. Może on mianowicie połknąć jaja lub człony tasiemca, w żołądku uwalniają się larwy, te dostają się do krwiobiegu, a nim do narządów i tu przekształcają się w wągry. Oczywiście w warunkach cyiwilizacji wągry te nie mają żadnych szans na przekształcenie się w dojrzałe tasiemce i rozwój gatunkowy zostanie przerwany. Nie wykluczone jest jednak, że u ludów uprawiających ludożerstwo człowiek — gospodarz wągrów — pożarty przez innych ludzi — mógłby być pełnowartościowym (z punktu widzenia tasiemców) żywicielem pośrednim.

Z wyżej przytoczonych rozważań wynika, że człowiek zakazić się może tasiemcem w dwojaki sposób:

a) spożywając mięso wieprzowe zakażone wągrami — wtedy staje się posiadaczem dojrzałego tasiemca;

b) połykając jaja pasożyta —wtedy jest pośrednim żywicielem. Jaja mogą dostać się do przewodu pokarmowego za pośrednictwem brudnych rąk albo też przy spożywaniu źle umytych jarzyn, pochodzących z pól nawożonych kałem ludzkim. Niekiedy przy silnych ruchach wymiotnych pojedyncze człony tasiemca dostają się z jelita do żołądka.

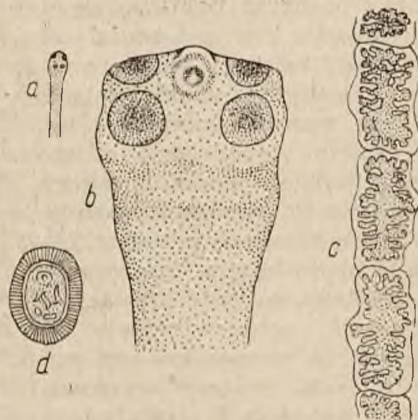
OBJAWY

W przypadku pierwszym objawy chorobowe są często nieznaczne, a polegają na ogólnej niedyspozycji, bólach zależnych od ruchów pasożyta, biegunkach lub zaparciu. Oczywiście człowiek chudnie, ponieważ spożywanym pokarmem dzieli się z pasożytem. Jady wydalane przez tasiemca wpływają ujemnie na układ nerwowy, stąd bóle głowy, a niekiedy nawet ataki podobne do padaczkowych. Powikłaniem obecności tasiemca może być zapalenie pęcherzyka lub wyrostka robaczkowego, są to jednak zjawiska wyjątkowe. Na ogół wychudzenie i złe samopoczucie są jedynymi objawami istnienia solitera.

Dużo groźniejsza sytuacja powstaje w przypadku drugim. Stan, w którym w narządach wytwarzają się wągry, nazywamy wągrzycą. Wągrów może być niewiele, czasem jednak są bardzo liczne. Najczęściej występują one w mięśniach, skórze, narządach miąższowych, oku, a co najgorsze — w ośrodkowym układzie nerwowym. Wągrzyca mózgu prowadzi zwykle do śmierci, szczególnie wtedy, gdy wągier rozwinie się w ścianie IV komory i oderwie się od niej. Zależnie od położenia głowy zatyka on otwór Magendiego, co powoduje przejściowe lub trwałe zatrzymanie płynu w komorach — następstwem tego jest wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego, wiodące od śmierci. Wągry rozwijające się w samej istocie mózgowej uciskają małe tętniczki i tym samym powodują obumieranie odpowiednich części mózgu z wypadaniem tej czy innej części. Wągier rozwijający się w oku powoduje ślepotę.

TASIEMIEC NIEUZBROJONY
(taenia saginata)

Robak ten żyje w jelicie cienkim; długość jego wynosi przeciętnie 3—4 metry, czasem dochodzi do 10 metrów. Główka pasożyta nie posiada haczyków, stąd też pochodzi przydomek „nieuzbrojony". Zwykle w jelicie spotykamy kilkanaście egzemplarzy tego pasożyta. Człony tasiemca nieuzbrojonego mogą się samodzielnie poruszać i wychodzą przez odbyt. Ponieważ żywicielem pośrednim tego pasożyta jest bydło rogate, człowiek zakaża się spożywając zakażone mięso wołowe. Wągry tasiemca nieuzbrojonego u człowieka nie rozwijają się.



Tasiemiec nieuzbrojony: a — wielkość naturalna, b — główka, c — przekrój członu, d — jajo.

Dolegliwości spowodowane przez tego pasożyta są takie same, jak dolegliwości omówione w poprzednim rozdziale.

TASIEMIEC BĄBLOWCOWY
(Eschinoccocus)

Żyje on w jelicie cienkim psa, kota i wilka. Budową różni się znacznie od innych tasiemców i jest przede wszystkim bardzo krótki, zaledwie kilkumilimetrowy. Składa się z główki zaopatrzonej w liczne

haczyki i przyssawki, z szyjki i trzech lub czterech członów. Ostatni z nich wypełniony jest jajami, które opuszczają ustrój z kałem.

Bąblowiec uważany jest za jednego z najniebezpieczniejszych tasiemców. Na czym polega jego szczególna złośliwość? Jak inne tasiemce, potrzebuje bąblowiec żywiciela pośredniego, aby jego rozwój gatunkowy mógł dojść do skutku. Rolę tę spełnia bydło rogate, świnia, oraz człowiek. W ustroju żywicieli pośrednich rozwijają się wągry charakteryzujące się powolnym, wieloletnim wzrostem do wielkich rozmiarów (7 cm średnicy). Każdy taki wągier jest pęcherzem zbudowanym z błony chitynowej, pokrytej od wewnątrz komórkami warstwy rozrodczej. Z warstwy rozrodczej tworzą się niezliczone nowe pęcherze potomne i pływają w płynie pęcherza macierzystego. W pęcherzach potomnych tworzą się główki nowych pasożytów. Z powodu wielkości i budowy pęcherzy wągry te nazwano bąblowcami.

Losy pęcherza bąblowcowego są rozmaite i w zależności od tego kształtują się losy chorego. Czasami po wielu latach pęcherz poczyna zanikać. Jest to zejście najpomyślniejsze. Kiedy indziej jednak pęcherz może pęknąć, zwykle w następstwie nieudanego zabiegu chirurgicznego, kaszlu, dmuchania lub głębokiego wdechu. Jeżeli zawartość pęcherza wyleje się do narządu przewodowego, np. do oskrzela, zostaje wyrzucona na zewnątrz i chory ulega samowyleczeniu. Gorzej jest jednak jeżeli płyn z pęcherzami potomnymi wyleje się do jamy surowiczej: główki pasożyta wszczepiają się w jej ścianę i powstają niezliczone nowe pęcherze. Stan taki prowadzi do śmierci. Trzecia możliwość jest zropienie pęcherza. Stały wzrost bąblowca doprowadza do zaniku tkanki otaczającej przez ich uciskanie.

Źródłem zakażenia bąblowcem jest pies, który zanieczyszcza sobie pysk i sierść kałem zawierającym jaja. Dlatego też głaszcząc psa, pozwalając mu na lizanie twarzy itd. najłatwiej możemy się zakazić. Bąblowiec bywa najczęściej spotykany w wątrobie, rzadziej w płucach, nerkach i mózgu.

TASIEMIEC BRUZDOGŁOWY
(dibothriocephalus latus)

Jest to najdłuższy ze wszystkich tasiemców, mierzyć może bowiem do 15 m.Bytuje w jelicie cienkim kota, psa i człowieka. Cykl rozwojowy pasożyta jest niezwykle ciekawy i z dumą możemy podkreślić, że zbadanie jego jest zasługą znakomitego polskiego parazytologa *Kazimierza Janickiego*. Aby z jaja mógł powstać dojrzały pasożyt, musi się ono wydostać z kałem do wody np. jeziora. W jaju takim w ciągu kilku tygodni rozwija się larwa zwana *coracidium* — nazwy tej, w braku polskiej, używamy dla uniknięcia pomyłek z innymi fazami rozwojowymi.

Jajo zawierające *coracidium* połknięte teraz być musi przez raczka wodnego. W raczku przechodzi larwa drugie stadium rozwoju, zwane procerkoidem. Na tym nie koniec. Kiedy wymieniony raczek zostanie połknięty przez jakąś rybę słodkowodną, np. okonia lub pstrąga, procerkoid przekształca się w postać larwalną nazywaną teraz plerocerkoidem, która osiada w mięśniach i tkance łącznej. Spożycie surowego mięsa takiej ryby przez człowieka jest momentem zakażenia: larwa wyswobadza się z otoczki i w jelicie człowieka przekształca się w dojrzałego pasożyta.

Już z właściwości rozwoju pasożyta wywnioskować można, że pojawia się on najczęściej w okolicach, gdzie znajduje się dużo jezior. Geografia rozmieszczenia bruzdogłowca potwierdza te wnioski: widujemy go w pojezierzach krajów nadbałtyckich (przede wszystkim w Finlandii), w Szwajcarii, Turkiestanie, Syberii i Japonii.

OBJAWY

Bruzdogłowiec jest powodem rzadziej różnorodnych objawów, a mianowicie nieżytu jelita, bólów przypominających bóle wrzodowe, niedożywienia, wilczego apetytu, zgagi. Wszystkie te objawy związane są z obecnością tasiemca w jelicie. Daleko groźniejsze są jednak objawy będące następstwem działania j a d ó w wydalonych przez bruzdogłowca, pod ich wpływem mianowicie rozwija się n i e d o k r w i s t o ś ć. Niedokrwistość ta jest wykładnikiem niedoczynności szpiku i ma cechy kliniczne niedokrwistości złośliwej. Przed wielu laty zaobserwowano, że rybacy posiadający tasiemca tak długo nie zapadali na niedokrwistość złośliwą, jak długo przebywali w swoich okolicach. W razie jednak wyjazdu do miejscowości odległych, niedokrwistość pojawiała się odrazu. Nie umiano przez dłuższy czas wytłumaczyć tego zjawiska: co ma wspólnego miejsce pobytu z niedokrwistością? Później, kiedy wykryto, że wątroba ma wybitne działanie przeciwanemiczne, rozwiązano zagadkę tych tajemniczych zachorowań. Rybacy ci mieli zwyczaj jadać potrawy z surowych ryb — zrozumiałe, że zakażali się łatwo bruzdogłowcem. Ponieważ jednak zjadali zwykle i surowe, rybie wątroby, do niekrwistości złośliwej nigdy nie dochodziło. W przypadku przeniesienia się w inne strony zmieniali zwykle sposób odżywiania i nie jadali surowej wątroby, a następstwem tego było ujawnienie się niedokrwistości.

LECZENIE

Służba Zdrowia ma do wykonania dwojakie zadanie w walce z tasiemcem: c h r o n i ć z d r o w y c h p r z e d z a k a ż e n i e m i l e c z y ć l u d z i j u ż z a k a ż o n y c h.

Tasiemce usuwamy przy pomocy różnych leków, najskuteczniejszym z nich jest wyciąg paprotki samczej *(extractum filicis maris)*. W ciągu doby poprzedzającej leczenie chory powinien znajdować się na diecie półpłynnej, beztłuszczowej i bezalkoholowej. Dobrze jest zjeść wieczorem sałatkę śledziową. W dniu leczenia podajemy na czczo 8 g paprotki z czarną kawą, a w dwie godziny potem środek przeczyszczający. W kale poszukajmy pilnie główki pasożyta, gdyż tylko wykrycie główki dowodzi skuteczności kuracji.

Dr Farm. L. KROWCZYŃSKI

NOWA POSTAĆ PENICYLINY

PENICYLINA, produkt przemiany materii pleśni *(Penicillium notatum)* jest jednym z najcenniejszych leków współczesnych. Zakres działania penicyliny obejmuje choroby wywołane przez paciorkowce, gronkowce, dwoinki zapalenia płuc, dwoinki rzeżączki, dwoinki nagminnego zapalenia opon mózgowych, pałeczki wąglika, różne osełkowce, maczugowce błonicy, krętki (m. in. krętek blady) oraz grzybki promienicy. Ogromną zaletą penicyliny jest jej znikoma toksyczność.

Penicylinę otrzymuje się na drodze biosyntezy. Na odpowiednich pożywkach hoduje się pleśń *Penicillium,* a następnie z płynu fermentacyjnego skomplikowanymi zabiegami wyosabnia się i oczyszcza substancję leczniczą w postaci krystalicznej. Badania chemiczne wykazały, że pleśń produkuje kilka rodzajów penicyliny różniących się budową chemiczną i własnościami farmakologicznymi. Najlepszą okazała się benzylo-penicylina zwana penicyliną G. Obecnie stosuje się w lecznictwie prawie czystą G-penicylinę.

Penicylina jest związkiem o charakterze kwasu organicznego, który z zasadami tworzy sole. W lecznictwie spotykamy się z solami: potasową, sodową i wapniową penicyliny.

Aktywność penicyliny określa się w jednostkach. Jednostka międzynarodowa jest to moc zawarta w 0,6 mikrograma (0,000 000 6 g) standartu penicyliny i posiadająca zdolność zahamowania wzrostu wzorcowego szczepu gronkowca w 50 ml pożywki. Standart międzynarodowy zawiera 1667 jednostek w 1 mg (0,001 g) krystalicznej penicyliny G.

Penicylinę stosuje się zarówno ogólnie drogą wstrzyknięć domięśniowych, jak i miejscowo — w postaci maści, zasypek, tabletek, kropli ocznych itp.

Zasadniczym warunkiem skuteczności penicyliny jest osiągnięcie odpowiednio wysokiego stężenia w ustroju. Średnie minimalne stężenie penicyliny w surowicy krwi potrzebne dla zapewnienia skutku leczniczego wynosi 0,06 jednostki na 1 ml. Rozpuszczalne w wodzie sole penicyliny (potasowa lub sodowa) ulegają w organizmie szybkiej resorpcji i w krótkim czasie po zastrzyku uzyskuje się jej wysokie stężenie w surowicy krwi. Sole te jednakże bardzo szybko wydalają się z moczem. W 3 godziny po wstrzyknięciu domięśniowo 50 000 jednostek soli potasowej penicyliny zawartość jej w surowicy krwi spada poniżej wymaganego poziomu terapeutycznego. Zbyt małe stężenie penicyliny spowodować może powstanie szczepów penicylinoopornych, które nie reagują już nawet na większe stężenia tego leku. Dla utrzymania stałego, odpowiednio wysokiego poziomu soli potasowej penicyliny we krwi konieczne jest częste (co 3 godziny) wstrzykiwanie. Jest to uciążliwe zarówno dla chorego, jak i dla personelu szpitalnego.

Od kilku lat pracowano nad wynalezieniem takiej farmaceutycznej formy penicyliny, która pozwalałaby na rzadsze wstrzykiwanie. Do roztworu penicyliny dodawano leki zmniejszające jej wydalanie przez nerki (np. karonamid lub benzoesan sodu), względnie zwężające naczynia krwionośne wokół miejsca wstrzyknięcia (adrenalina) celem zwolnienia resorpcji. W tym samym celu przygotowywano zawiesinę penicyliny w wosku i oleju (penicylina oleista). Sposoby te jednak nie dały zadowalających rezultatów. Zawiesiny olejowe wymagają koniecznie suchej strzykawki i igły. Zastrzyk jest bolesny i może spowodować zator olejowy, a w miejscu wkłucia — stan zapalny.

PENICYLINA PROKAINOWA

Istotnym postępem w tej dziedzinie jest nowa forma penicyliny — penicylina prokainowa.

Prokaina (Polokaina, Novocaina) jest znanym środkiem miejscowo znieczulającym. Jest to związek o charakterze zasadowym i z penicyliną tworzy sól analogiczną do soli sodowej, potasowej lub wapniowej. Sól prokainowa penicyliny różni się jednak od wymienionych bardzo małą rozpuszczalnością w wodzie. Słaba rozpuszczalność zwolnia resorpcję penicyliny z miejsca wkłucia i dzięki temu 300 000 jednostek penicyliny prokainowej w zawiesinie wodnej zapewni odpowiedni poziom terapeutyczny penicyliny we krwi przez 18 — 24 godzin, czyli praktycznie pozwala na robienie zastrzyków 1 — 2 razy na dobę. Ponadto zastrzyki te są bezbolesne.

Penicylinę prokainową produkuje już polski przemysł farmaceutyczny i w handlu znajdują się flakony zawierające po 300 000 jednostek penicyliny G w postaci soli prokainowej.

PRZYGOTOWANIE

Przygotowanie płynu do zastrzyku odbywa się w następujący sposób:

Końcem noża lub nożyczek podważa się naciętą, środkową część metalowego kapsla pokrywającego gumowy korek fiolki. Powierzchnię korka dezynfekuje się wacikiem zwilżonym eterem lub alkoholem. Fiolkę odwraca się dnem do góry, aby zawarta w niej substancja opadła ku szyjce, a następnie przez gumowy korek wstrzykuje się do jej wnętrza około 2 ml (na 300 000 jednostek) wyjałowionej wody redestylowanej albo fizjologicznego roztworu soli kuchennej lub glikozy. Fiolkę wstrząsa się energicznie, aż do uzyskania jednolitej z a w i e s i n y.

Uwaga: Penicylina prokainowa w podanej, a nawet większej ilości redestylowanej wody nie rozpuszcza się. W podany sposób uzyskujemy zawiesinę, którą stosuje się do wstrzyknięć.

Zastrzyk wykonuje się igłą o dużym świetle, aby zapobiec zatykaniu igły kryształkami penicyliny. Zawiesinę wstrzykuje się domięśniowo, możliwie szybko, by nie dopuścić do osadzania się kryształków penicyliny w strzykawce. Penicyliny prokainowej nie wstrzykuje się dożylnie. Jeżeli z jednego flakonika pobiera się penicylinę prokainową kilkakrotnie, należy za każdym razem flakonik mocno wstrząsnąć dla ponownego uzyskania zawiesiny.

Po zastrzyku strzykawę oraz igłę należy natychmiast dokładnie przepłukać wodą.

UCZULENIE

Flakon z 300 000 jednostek penicyliny prokainowej zawiera około 125 mg prokainy, która czasami u chorych uczulonych na prokainę może wywołać niekorzystne objawy uboczne, jak uczucie strachu, omdlenie, bladość, duszność, skurcze itp. W tym przypadku należy na zlecenie lekarza wstrzyknąć choremu dożylnie preparat barbiturowy.

Uczulenia na prokainę zdarzają się bardzo rzadko zwłaszcza, że ilość prokainy wprowadzonej z 300 000 j. penicyliny odpowiada dawce 2 mg/kg wagi ciała, czyli stanowi $^1/_{15}$ część dawki stosowanej zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym. Zjawisk uczuleniowych możemy uniknąć odczulając pacjentów podejrzanych o alergię prokainową przez wśródskórne wstrzyknięcie 0,1 ml 1% lub 2% roztworu chlorowodorku prokainy przed zastrzykiem penicyliny prokainowej.

* * *

W stanie suchym penicylina prokainowa jest bardzo trwała, a przechowywana w temperaturze pokojowej nie traci swej aktywności w ciągu 3 lat, nie ma więc potrzeby przechowywać jej w chłodni. Zawiesina penicyliny prokainowej w redestylowanej wodzie może być przechowywana w chłodni przez tydzień, nie tracąc swej wartości.

FRANCISZKA ZAJFEN
Przełożona Pielęgniarek
Szpitala Miejskiego Nr 1
w Warszawie

PIELĘGNOWANIE CHORYCH NA ODDZIALE NEUROLOGICZNYM

UKŁAD nerwowy, ogólnie biorąc, dzielimy na ośrodkowy czyli centralny, obwodowy czyli peryferyczny i „roślinny" albo wegetatywny. Ośrodkowy układ z kolei dzielimy na mózg, móżdżek i rdzeń kręgowy. Podział ten, bardzo zresztą uproszczony, wynika z przesłanek anatomicznych, fizjologicznych i patologicznych. Naczelne miejsce w całości układu nerwowego zajmuje mózg, a zwłaszcza kora mózgowa. Jak wiadomo, kora mózgowa jest siedzibą tzw. analizatorów korowych, przez co ma stanowisko nadrzędne nad całym ustrojem człowieka.

Rola układu nerwowego, a zwłaszcza kory mózgowej, jako siedziby wyższych czynności nerwowych, została z genialną przenikliwością wykazana w pracach fizjologów: *Seczenowa*, a zwłaszcza *I. P. Pawłowa*, który na gruncie badań nad odruchami warunkowymi doszedł do wniosku, że właśnie układ nerwowy stanowi nie tylko o jedności całego ustroju, lecz o jedności osobnika ze środowiskiem zewnętrznym, o zdolności przystosowania się do tego środowiska poprzez system czasowych połączeń — odruchów warunkowych, które to odruchy powstają w drodze doświadczenia życiowego na bazie wrodzonych odruchów bezwarunkowych.

Tak więc badania i wnioski sformułowane przez *Pawłowa*, jego nauka o pobudzeniu i hamowaniu legły u podstaw całej współczesnej medycyny, biologii zwierząt, psychologii i pedagogiki. Szczególnie wielkie znaczenie ma nauka Pawłowa dla zrozumienia istoty procesów patologicznych układu nerwowego, a więc dla takich gałęzi wiedzy lekarskiej jak neurologia i psychiatria.

Należy tu zaznaczyć, że podział patologii i terapii chorób układu nerwowego na neurologię i psychiatrię, jest bardziej podyktowany względami praktycznymi niż uzasadniony teoretycznie, albowiem u podstaw zarówno chorób nerwowych jak i psychicznych leżą materialne zmiany w tkance nerwowej — zarówno wówczas, gdy mamy do czynienia z cierpieniami na tle „organicznym", jak i wtedy, gdy chodzi o zmiany „funkcjonalne". Po prostu w jednym przypadku daje się łatwiej wykryć zmiany anatomiczne lub histologiczne, w innym przypadku zaś zmiany te są bardziej subtelne lub też dotyczą na przykład chemizmu

tkanki nerwowej. Zresztą neurologii od psychiatrii nie można ściśle rozgraniczyć nawet w praktyce codziennej, albowiem szereg chorób należy zaliczyć właściwie do obu działów medycyny (psychonerwice, padaczka i inne).

Jakich chorych spotykamy najczęściej na oddziale neurologicznym szpitala? Chorych, u których dominują objawy somatyczne (cielesne) — porażenia, niedowłady, nerwobóle, zaburzenia odżywcze (troficzne), zaburzenia czucia, ciężkie stany związane z wylewami krwawymi do mózgu, cierpienia związane z niektórymi postaciami kiły układu nerwowego i inne. Spośród chorób leżących na pograniczu neurologii i psychiatrii należy wymienić spotykane na oddziałach neurologicznych przypadki padaczki, histerii oraz całą gamę nerwic i psychonerwic.

KRWAWY WYLEW DO MÓZGU

Na oddział neurologiczny stosunkowo często przywozi się chorych, którzy nagle stracili przytomność na tle wylewu krwawego do mózgu. Jak należy postępować z takimi chorymi? Jak wiadomo, wszelki ruch może takiemu choremu przynieść ogromną szkodę, powodując nasilenie krwotoku, a co za tym idzie zwiększony ucisk wynaczynionej krwi na tkankę mózgową. Dlatego też z chorym tym należy postępować delikatnie i z największą ostrożnością, przenieść go bardzo powoli i uważnie na łóżko, uwolnić od odzieży (czasem nawet prując ją). Głowa chorego powinna być nieco uniesiona, pozycja — nawznak. Jednak, jeśli spostrzeżemy chrapliwy oddech, świadczący o zapadaniu języka, należy chorego ułożyć na boku. Na głowę zazwyczaj kładzie się lód, natomiast stopy należy ogrzewać.

UPUST KRWI

Niekiedy takim chorym stosuje się na potylicę środki odciągająca — gorczycę i inne pryszczydła, nierzadko również przystawia się pijawki lub też wykonuje się upust krwi. Technika upustu krwi jest stosunkowo łatwa, należy tylko pamiętać o tym, że zabieg ten musi być wykonany jałowo, a upuszczoną krew należy zbierać do menzurki, aby upuścić tyle krwi, ile zaordynował lekarz. Zazwyczaj upuszcza się 100 — 150 — 200 mililitrów krwi. Ważny jest wybór odpowiedniej igły: igła powinna być bardzo ostra i gruba, w przeciwnym razie może w igle zbyt wcześnie nastąpić zaczopowanie światła skrzepem krwi, wskutek czego żyłę trzeba będzie powtórnie nakłuwać inną igłą.

PIELĘGNOWANIE

U chorych, którzy przebyli wylew krwawy, mamy do czynienia z porażeniem połowiczym *(hemiplegia)*. Chorzy ci, po okazaniu im pierwszej pomocy w sposób wyżej opisany i zgodnie ze zleceniami lekarza, wymagają w dalszym ciągu niezwykle troskliwej i umiejętnej opieki. Przede wszystkim należy pamiętać, że chorym nieprzytomnym nie wolno pod żadnym pozorem podawać doustnie jakichkolwiek płynów (nie mówiąc już o pokarmach stałych) ze względu na niebezpieczeństwo dostania się tych płynów do tchawicy, co może pociągnąć za sobą groźne następstwa — zachłystowe zapalenie płuc, a nawet uduszenie się. Z tego też względu należy takim chorym usunąć z ust protezy zębowe. Chory leżący nieruchomo i nieprzytomny przez szereg dni jest szczególnie wystawiony na niebezpieczeństwo powstania odleżyn oraz związanego z nietrzymaniem moczu wyprzenia. Dlatego też trzeba szczególnie pieczołowicie dbać o czystość takich chorych, odleżynom zaś zapobiegać w sposób ogólnie przyjęty. Niekiedy obserwuje się u chorych zatrzymanie moczu, wówczas należy zastosować cewnikowanie za pomocą cewnika Nélatona. Zaparcia zwalcza się również zwykłymi sposobami: lewatywy i środki przeczyszczające (łagodne! np. płynna parafina, proszek lukrecjowy). Te ostatnie można, rzecz prosta, podawać tylko wtedy, jeśli chory jest przytomny i może połykać. Bezsenność zwalcza się preparatami bromowymi lub barbituranii — według zlecenia lekarza.

Zazwyczaj po upływie 10 dni od wylewu rozpoczyna się leczenie preparatami j o d o w y m i; w tym też czasie mniej więcej rozpoczyna się stosowanie biernych ruchów kończyn, później zaś również masaże, a wreszcie gimnastykę czynną.

PIJAWKI

Jak wiadomo, udary mózgowe mają tendencję do powtarzania się, ponieważ wywołujące je przyczyny działają w dalszym ciągu. Jeśli jednak chory przebywa na oddziale, to najczęściej udaje się lekarzowi przewidzieć zbliżający się ponowny udar. Wówczas często dla odwrócenia niebezpieczeństwa przepisuje się choremu pijawki. Pijawki lekarskie *(Hirudo medicinalis)* przystawia się w okolicy wyrostków sutkowch w ilości 3 — 4 pijawek po każdej stronie. Jest rzeczą bardzo ważną, by pijawki były świeże, (tj. uprzednio nie używane) i głodne. Z tego też względu oddział neurologiczny powinien zaopatrywać się w pijawki w pewnym źródle, przy czym pijawka powinna być przechowywana w czystej wodzie przez kilka miesięcy. Godzinę przed przystawieniem pijawek należy wyjąć je z wody — wówczas lepiej ssą. Można też w tym celu przenieść pijawki na 1/2 godziny przed zabiegiem do wody lekko zakwaszonej octem. Skóra chorego musi być zupełnie czysta — myje się ją wodą i mydłem. Pijawki najwygodniej jest stawiać z próbówki. W tym celu umieszcza się pijawkę w małej próbówce, cieńszym końcem ku otworowi próbówki, i przystawia się do skóry chorego. W celu przyśpieszenia przyssania się pijawki na skórę nanosi się kroplę stężonego roztworu cukru albo kroplę mleka. Pijawka zazwyczaj ssie do godziny, po czym odpada sama.

USZKODZENIE RDZENIA KRĘGOWEGO

Nierzadko na oddziale neurologicznym spotyka się chorych z porażeniem kończyn dolnych w związku z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (poprzeczne uszkodzenie). W tej chorobie odleżyny tworzą się szczególnie często. Jest to związane z szeregiem przyczyn, wśród których wymienię upośledzenie czynności skóry i brak czucia. Jak zazwyczaj, odleżyny powstają najczęściej w okolicach najbardziej wystawionych na ucisk, gdzie skóra przylega niemal bezpośrednio do kości. Leczenie powstałych odleżyn, którym nie udało się zapobiec, polega na stosowaniu maści (np. maść Mikulicza: *Arg. nitr. 1%, Balsami peruviani 10%, Vaselini 89%*), na naświetlaniu lampą kwarcową, stosowaniu w późniejszym okresie okładów itp. Z odleżynami należy postępować jak z otwartą raną.

W pielęgnowaniu chorych z zapaleniem rdzenia kręgowego *(myelitis)* szczególnej wagi nabiera sprawa należytego postępowania z zaburzeniami pęcherza moczowego. W razie nietrzymania moczu u mężczyzn posługujemy się kaczką, u kobiet gumowym basenem. W razie zatrzymania moczu, gdy zwykłe środki (np. ciepło na okolicę pęcherza moczowego) zawodzą, uciekamy się do cewnikowania. Cewnikowanie przeprowadzać należy jałowo, a ręce myjemy jak do zabiegu chirurgicznego: zasady tej należy bezwzględnie przestrzegać, jeżeli nie chcemy spowodować zakażenia pęcherza moczowego. Przy częstym cewnikowaniu (2 razy na dobę), należy ponadto przepłukiwać pęcherz moczowy 2% roztworem kwasu bornego albo innym środkiem antyseptycznym w odpowiednim stężeniu.

NAPADY DRGAWKOWE

Poprzednio wspomniano już, że na oddziałach neurologicznych spotykamy również chorych cierpiących na napady drgawkowe padaczkowe typu samoistnego lub objawowego oraz typu histerycznego. W czasie napadu należy chorego podtrzymać, aby nie upadł, jednak nie należy przy tym stosować siły, ponieważ w razie zbyt silnego przyciśnięcia rak i nóg — drgawki staja sie intensywniejsze. Pod głowe chorego podkładamy poduszkę, a pomiędzy zeby wsuwamy złożony kilkakrotnie róg ręcznika lub chustki do nosa. W ten sposób możemy zapobiec przygryzaniu języka. W czasie napadu nie wolno wlewać nic do ust chorego. Odzież należy rozluźnić, przede wszystkim kołnierz i pas. Personel pielęgniarski musi umieć odróżnić napad drgawkowy padaczkowy od histerycznego. W napadzie padaczkowym występuje całkowita utrata przytomności, a źrenice nie reagują na światło. W napadzie histerycznym reakcja źrenic na światło jest zachowana, chory przy upadku nie kaleczy się i nie oddaje bezwiednie moczu, a jeśli nawet przygryza język — to sam koniuszek. Ponadto napad histeryczny trwa dłużej, drgawki często wzmagają się przy zbliżeniu się pielęgniarki, a cały napad ma pewne cechy teatralności. Oczy histeryka unikają badającego, wywracają się pod brzeg oczodołu, niekiedy chory stawia czynny opór podczas rozchylania mu powiek.

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ...

W całym szeregu chorób nerwowych stosuje się leczenie fizykalne, zwłaszcza zaś elektroteriapię: galwanizację, faradyzację, diatermię, darsonwalizację. Jest rzeczą oczywistą, że personel pielęgniarski musi mieć praktyczną umiejętność posługiwania się odpowiednimi aparatami; szczegółowy opis obsługi aparatury elektromedycznej przekracza jednak ramy niniejszego artykułu.

Nie będę też zatrzymywać się na opisie zabiegów stosowanych w przeprowadzaniu swoistego leczenia arsenowo-bizmutowego w chorobach nerwowych o etiologii kiłowej. Należałoby tylko zwrócić uwagę na kilka okoliczności: m. in. na nietrwałość roztworów neosalwarsanu i miosalwarsanu, które należy wstrzykiwać od razu po rozpuszczeniu. Natomiast stosując preparat typu *Mapharsen* należy koniecznie odczekać około 20 — 30 minut od chwili rozpuszczenia leku i dopiero wtedy wstrzykiwać. Neosalwarsan należy wstrzykiwać dożylnie bardzo powoli, *mapharsen* zaś przeciwnie — w ciągu niewielu sekund. Jeśli chodzi o wstrzykiwanie preparatów bizmutowych, należy uwzględniać dwie okoliczności: bizmut wymaga długiego wstrząsania po ogrzaniu (dla wytworzenia równomiernej zawiesiny), po drugie zasada aspiracji, w ogóle obowiązująca przy wstrzykiwaniach domięśniowych, musi być przy wstrzykiwaniu bizmutu szczególnie surowo przestrzegana.

Do częstych stosunkowo obowiązków pielęgniarki należy przygotowanie do nakłucia lędźwiowego i asystowanie lekarzowi przy nakłuciu. Tutaj najważniejszą rzeczą znów będzie zupełna aseptyka zabiegu i należyta opieka nad chorym w ciągu 1 — 2 dni po zabiegu. Chory po nakłuciu lędźwiowym powinien leżeć przez pierwsza dobę bez poduszki, zupełnie płasko i nieruchomo.

Kończąc, należy podkreślić, że poza umiejętnością wykonywania tych czy innych zabiegów leczniczych pielęgniarka na oddziale neurologicznym musi odznaczać się szczególną pracowitością, zdolnością obserwacji i spostrzegawczością. Jej stosunek do chorych we wszystkich oddziałach musi być życzliwy, uprzejmy i taktowny, jest to jednak specjalnie ważne na oddziale neurologicznym. Te cechy personelu medycznego wynikają z doceniania wagi układu nerwowego chorych, z doceniania wpływu psychiki na przebieg leczenia cierpień somatycznych ze zrozumienia istoty pawłowizmu. I jeśli na każdym oddziale szpitalnym staramy się jak naskrupulatniej przeprowadzać w praktyce wymagania, jakie stawia nauka *Pawłowa*, ma to szczególne znaczenie w pielęgnowaniu chorych na oddziale neurologicznym.

Wolna Trybuna

GŁOS PACJENTA

Poniżej, wbrew dotychczasowemu zwyczajowi, zamieszczamy list nie którejś z naszych Koleżanek - pielęgniarek, lecz list byłego kuracjusza. Treść tego listu jest jakgdyby apelem do pracowników sanatoriów przeciwgruźliczych.

Przez kilkanaście miesięcy przebywałem kolejno jako kuracjusz dwóch sanatoriów przeciwgruźliczych w Polsce. W tym czasie nasunęło mi się wiele uwag i wniosków, którymi chciałbym się podzielić z Czytelnikami „Pielęgniarki Polskiej", szczególnie z pielęgniarkami zatrudnionymi w zespołach sanatoriów przeciwgruźliczych.

Piszę te uwagi z punktu widzenia człowieka chorego na gruźlicę, a więc posiadającego specjalnie wrażliwy ustrój nerwowy i psychiczny i reagującego nie tylko szybko, ale również głęboko i boleśnie na wszelkie szkodliwe bodźce zewnętrzne.

Będąc w sanatorium, interesowałem się zagadnieniem pawłowizmu w zastosowaniu do codziennego życia placówki lecznictwa zamkniętego i uderzyła mnie rozbieżność pomiędzy teorią **I. P. Pawłowa** a istotnym stanem rzeczy, jaki jeszcze panuje w niektórych zakładach tego rodzaju.



Zacznę od momentu, gdy chory oderwany już od swej pracy i domu, a nie zaaklimatyzowany jeszcze w nowym środowisku, ma przestawić swą psychikę na nowe warunki życia i otoczenia, gdy z czynnego w pracy i życiu społecznym człowieka ma stać się kuracjuszem, podporządkowanym wymaganiom dyscypliny zakładu i wskazaniom leczniczym.

Ta chwila, na ogół ciężka dla nowoprzybywających, powinna być ze szczególną troską rozpatrzona przez personel medyczny sanatorium.

Wydaje mi się, że przyjęcie chorego powinno mieć charakter serdeczny, przyjacielski; dobrze byłoby, aby w momencie przyjazdu nowoskierowanych powitali ich w holu sanatorium: pielęgniarka i przedstawiciele Rady Kuracjuszów, którzy najłatwiej umieliby przekonać „nowego", że „diabeł nie taki straszny, jak go malują", stworzyć atmosferę koleżeństwa, służyć radami i objaśnieniami. Ten pierwszy bowiem moment zetknięcia się chorego z nowym środowiskiem decyduje niekiedy o dalszym nastawieniu do leczenia, a w każdym razie ma na nie duży wpływ.



Drugim, ważnym momentem pobytu w sanatorium jest dobór mieszkańców pokoju. Mechaniczne, nieprzemyślane rozmieszczenie kuracjuszów prowadzi niekiedy do przykrych konsekwencji, zarówno dla nich samych, jak i dla zakładu.

Niestety, często spotyka się takie niedociągnięcia wynikające z mylnego pojmowania istoty właściwego doboru. Tak więc np. istnieje fałszywe, moim zdaniem, przekonanie, że należy grupować w osobnych pokojach młodzież, w osobnych zaś ludzi starszych i poważniejszych. Takie ujęcie sprawy powoduje, iż sanatorium można podzielić na pokoje „spokojne" i „wielce ożywione". W rzeczywistości te pokoje „spokojne" stają się bastionem nudy, smutku, a niejednokrotnie — tak niebezpiecznej w gruźlicy — rezygnacji i neurastenii; w „ożywionych" natomiast chorzy potajemnie piją, uprawiają hazard karciany itp. Poza tym istnieje jeszcze zagadnienie zgodności charakteru, upodobań, przekonań oraz stanu zdrowia. Problem odpowiedniego rozmieszczenia chorych jest ogromnie trudny do rozwiązania, toteż wydaje mi się, że na ten temat winni podzielić się swymi spostrzeżeniami doświadczeni lekarze ftyzjatrzy.

Mówiąc o wprowadzeniu w życie systemu ochronno-leczniczego w sanatoriach, nie należy zapominać o ważnym dla chorych momencie pierwszego zetknięcia się z personelem medycznym, pierwszym badaniem oraz badaniami pomocniczymi.

I tu nasuwa się szereg wspomnień właśnie z mego pobytu w pierwszym z sanatoriów.

Nie jest dobrze, gdy:

— radiolog mówi do laborantki — „te klisze nie są najlepsze, ale coś chyba na nich wyjdzie";



— laborantka pobierając krew na OB zastanawia się na głos, czy w dobrej kolejności ustawiła rurki w statywie i czy wobec tego nazwiska będą się zgadzały. „Ale chyba tak" — mruczy do siebie beztrosko i zabiera się do dalszej pracy;

— pielęgniarka zbierając wstępną anamnezę... ziewa;

— lekarz dziwi się bardzo, że stosowano dotąd streptomycynę bez połączenia z PAS-em, że zastosowano odmę albo nie zastosowano zabiegu chirurgicznego itp.;

— salowa mówi: „pan bardzo dobrze wygląda", a po chwili: „ale w gruźlicy to już tak jest, dobrze się wygląda, niby nic, a tu płuca jak sito i patrzeć — już po chorym"...



Pamiętajmy, że słowo, ten poważny bodziec warunkowy, ma w gruźlicy ogromne znaczenie. Żadne słowo wypowiedziane do chorego lub w jego obecności nie zostaje bez echa, lecz pada jak ziarno, kiełkuje, aby w końcu zatruć lub ożywić psychikę chorego! Toteż właśnie cały personel medyczny sanatorium powinien posiąść umiejętność posługiwania

się słowem, umiejętność właściwego przekonywania chorego, bez blagi i fałszu — prosto, życzliwie, ale z umiarem i taktem.



Duże znaczenie ma również stosunek personelu do choroby i stanu psychicznego chorego.

Przeprowadzenie co pewien czas dłuższej rozmowy z chorym, okazanie zainteresowania nie tylko samą chorobą i jej objawami, lecz także i warunkami jego życia, rodziną i pracą — utwierdzi chorego w przekonaniu, że jest choćby w danej chwili ośrodkiem zainteresowania, co tym samym pogłębi jego wiarę w skuteczność przepisanego mu leczenia.



Zasada, która winna być niezłomna, a jednak jest dość często przez pielęgniarki łamana, to — dyskrecja, obowiązująca zarówno, gdy chodzi o historię choroby, jak i o dane personalne chorego. Niestety, zdarza się, że np. chory spod „17" zna warunki rodzinne, miejsce pracy oraz opis tomogramu chorego spod „5" i na odwrót itp.



A teraz pare słów o dyscyplinie obowiązującej w sanatoriach:

Wydaje mi się, że prawdziwa dyscyplina nie może być stosowana wobec kuracjuszów bez uprzedniej pracy uświadamiającej. Zwykle dzieje się po prostu tak, że kuracjusz otrzymuje do przeczytania i podpisania, stwierdzającego przyjęcie do wiadomości, regulaminu obowiązującego w sanatorium. I na tym koniec. W razie przekroczenia regulaminu kuracjusz wysłuchuje odpowiedniego kazania i otrzymuje upomnienie bądź też karę poważniejszą, aż do wypisania z sanatorium włącznie. Zasada wydawałoby się słuszna, ale... i tu zastanowmy się, czy ktoś, kto nie rozumie znaczenia i celu poszczególnych punktów regulaminu, może właściwie, rzetelnie go przestrzegać. Tak np. (cytuję bardzo dowolnie) „kuracjuszowi nie wolno pić alkoholu — niemądre gadanie, mój ojciec całe życie pił i był zdrów, a ja nie piłem i mam gruźlicę" — powiada młody chłopak i pociąga wieczorkiem w pokoju kolegi.

A dalej: „kuracjuszowi otrzymującemu przepustkę na miasto nie wolno przebywać w lokalach publicznych... — no jeszcze czego, nawet potańczyć nie wolno, przecież tango mi nie zaszkodzi, a wczoraj właśnie spotkałam tu w... kolegę z uniwersytetu" — śmieje się młoda dziewczyna, u której wyniki badań wykazują silne prątkowanie (sama mi o tym mówiła!), a która nie zdaje sobie sprawy, że ten młody kolega może przez nią właśnie przyjechać tu za dwa miesiące jako kuracjusz sanatorium.

Itd. itd., można by wymienić masę przykładów, czego nie czynię z braku miejsca.

A czy taki regulamin, podbudowany częstymi pogadankami i wykładami naukowymi — nie spełni o wiele lepiej swego zadania? W drugim sanatorium, w którym z kolei przebywałem, prowadzono systematyczną, przemyślaną pracę oświatową; prowadził ją w czasie naszego werandowania dyr. Ł., prowadziły siostry, prowadzili także lekarze z innych sanatoriów, specjalnie w tym celu do nas zapraszani. A wyniki — bardzo dobre! Bodaj, że najlepsza dyscyplina sanatoryjna, o jakiej miałem możność przekonać się sam i usłyszeć od innych kuracjuszów z Zespołu.



A teraz parę gorzkich słów o imprezach organizowanych dla zakładów sanatoryjnych przez zespoły „Artosu".

Jeśli Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" mogłaby mieć na to jakiś wpływ — alarmuję! Niechże „Artos" nie traktuje kuracjuszy w sanatoriach jak ludzi na wymarciu, którym jest już zupełnie obojętny poziom tych pseudo-występów. My jesteśmy ludźmi żyjącymi, wrażliwymi, nie jesteśmy dzikusami, którzy nie oglądali w swym życiu przedstawień teatralnych, nie słuchali muzyki, czy śpiewu. My chcemy sztuki, a nie jąkanej i fałszowanej szmiry wokalno-muzycznej. Przepraszam za ostre słowa, ale to nasz sanatoryjny krzyk duszy!



Apeluję jeszcze o polepszenie w sanatoriach pracy kulturalno-oświatowej, która mimo niejakiej w ostatnich czasach poprawy, wciąż jeszcze kuleje i nie wykazuje dostatecznego poziomu.



Na zakończenie — nieco samokrytyki. I my, kuracjusze, mamy swoje poważne błędy, których skutki często jak bumerang wracają do nas samych. A więc — śmiecimy, brudzimy, krzyczymy na korytarzach, nie pomni na spokój innych, spóźniamy się na wyznaczone badania, uciekamy bez przepustek, nie przestrzegamy godzin powrotu, narzekamy na wyżywienie (przeważnie bezpodstawnie), zgłaszamy liczne, a nieuzasadnione pretensje (— z nudów na pewno!), palimy po 22 światło, wzajemnie się „rozrabiamy" także z nudów, a gdy nikt nie widzi, nawet tańczymy przy adapterze, uciekamy z werandy...

Tak! A potem, wyjeżdżając, idziemy kornie przepraszać dyrekcję, siostry i salowe. Zapewniam Was, kochany personelu lekarsko - pielęgniarski, wówczas żałujemy serdecznie i serdecznie wam współczujemy, podziwiając waszą niewyczerpaną cierpliwość i poświęcenie w pracy.

Wiemy dobrze, że jednak więcej cieszy was każda nasza „zaklejona" dziura niż sto naszych, szczerych zresztą, skruch.

Dla Redakcji pisma „Pielęgniarka Polska", które poznałem dopiero w sanatorium, i które bardzo polubiłem, przesyłam serdeczne pozdrowienia.

J. J.

Warszawa

KONFERENCJA W MINISTERSTWIE ZDROWIA

W dniach 9 i 10 października br. odbyła się w Ministerstwie Zdrowia Ogólnokrajowa Konferencja dyrektorów i wicedyrektorów do spraw społeczno wychowawczych średnich medycznych szkół zawodowych, tj. szkół pielęgniarstwa, położnictwa, laborantów medycznych, dietetyczek, liceów felczerskich, farmaceutycznych i techników dentystycznych.

Ob. **Tomasik**, dyrektor Departamentu Ministerstwa Oświaty wygłosił referat na temat kształtowania światopoglądu naukowego i socjalistycznego wychowania młodzieży w szkole. Dla osiągnięcia pozytywnych wyników w kształtowaniu socjalistycznego światopoglądu ważna jest przede wszystkim postawa samego nauczyciela, który powinien być wolny od oporów wewnętrznych, mieć dobre przygotowania ogólne i pedagogiczne. Szczególnie potrzebne są dla niego podstawowe wiadomości z nauk przyrodniczych oraz historii. Nauczyciele i wychowawcy powinni stale pogłębiać swe wiadomości, a młodzieży wpajać umiłowanie i poszanowanie nauki. Naukowe kształtowanie światopoglądu młodzieży musi opierać się na czterech najważniejszych zasadach: 1) świadome i odpowiednie interpretowanie podanego materiału; 2) wdrażanie młodzieży w dialektyczne rozumowanie; 3) wdrażanie młodzieży w ścisłe myślenie i w uznawanie za prawdę wyłącznie tego, co jest sprawdzalne; 4) zwalczanie wśród młodzieży wszelkich przesądów i zabobonów.

Naczelnik Wydziału Ministerstwa Zdrowia, Ob. **Spiesowa**, w swym referacie omówiła osiągnięcia i braki średnich szkół medycznych.

Po referatach nastąpiła ożywiona dyskusja, w której poruszano liczne zagadnienia; między innymi szeroko dyskutowano na temat programów. Jedni dyskutanci wskazywali na przeładowanie programów i przepracowanie młodzieży w szkołach, inni zaś żądali powiększenia liczby godzin na poszczególne przedmioty. Jedynym rozwiązaniem tego problemu byłoby przedłużenie okresu trwania nauki, na co na obecnym etapie — wobec dużego zapotrzebowania na średni personel — nie można sobie pozwolić.

Między innymi poruszono także sprawę zwiększenia zainteresowań słuchaczek szkół pielęgniarstwa sportem oraz wyłaniające się ważne zagadnienie służby zdrowia w przemyśle; mówiono o konieczności organizowania wycieczek do zakładów przemysłowych. Dyrektorki szkół pielęgniarstwa omawiały konieczność odpowiedniego przygotowania instruktorek do praktycznego i teoretycznego szkolenia. Duże trudności sprawia również dyrekcji szkół młody wiek przyjmowanych do szkoły kandydatek, które bardzo silnie reagują i głęboko przeżywają pierwsze zetknięcie się z różnymi przykrymi faktami w życiu szpitalnym.

Prof. **Rowiński** w podsumowaniu dyskusji naświetlił stanowisko Ministerstwa Zdrowia wobec poruszanych zagadnień.

Uczestnicy konferencji mieli możność obejrzeć wystawę prac uczniów średnich szkół medycznych. Widzieliśmy tam piękne rysunki przedstawiające poszczególne narządy, graficzne przedstawienie działania leków, schemat rozkładu zajęć w szkołach, liczne gazetki ścienne, dyplomy i nagrody za zdobyte miejsca w konkurencjach sportowych, próbki przetworów owocowych i jarzynowych, przygotowane przez uczennice szkoły, wiele ciekawych fotografii z życia szkół.

Należy żałować, że wystawa ta nie została udostępniona szerszemu ogółowi, pokazała bowiem wielki wkład pracy uczniów szkół średnich zarówno w dziele naukowym, jak i społecznym. **J. S.**

List do Redakcji

Chciałabym w imieniu zespołu instruktorskiego Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie wyrazić Redakcji uznanie za umieszczenie w ostatnim numerze „Pielęgniarki Polskiej" felietonu „W walce z bezdusznością". Satyra, to jeden z najlepszych środków w walce z błędami i niedociągnięciami w pracy. Człowiek, do którego nie można trafić drogą perswazji, często dopiero wtedy zda sobie sprawę ze swej nieodpowiedzialnej postawy, kiedy ujrzy się w zwierciadle satyry.

Felieton ten został odczytany w szkole na Radzie Pedagogicznej i na prasówce starszego Kursu. Reakcja uczennic była bardzo żywa, artykuł wywołał długą dyskusję i wniosek, że na naszym terenie trzeba jak najsurowiej zwalczać u uczennic najmniejsze przejawy, które mogłyby budzić obawę, że w przyszłości nasza absolwentka może się w szpitalu tak zachować. Uwaga koleżanek „wyglądasz jak pielęgniarka z felietonu" najlepiej trafi do uczennicy, która ma nieporządnie uczesane włosy lub niekompletny mundurek, której zachowanie w stosunku do chorych budzi zastrzeżenia.

Dlatego prosimy Redakcję o częstsze umieszczanie w naszym czasopiśmie tego rodzaju felietonów, które niewątpliwie przyczynią się do podniesienia poziomu pracy pielęgniarskiej.

Barbara Malawska
Instr. PSP Nr 2 w Warszawie

Gdańsk

Prezydium WRN, Wydział Zdrowia, w Gdańsku organizuje dwuletnią Państwową Szkołę Pielęgniarstwa Psychiatrycznego przy Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Kocborowie, pow. Starogard Gdański. Absolwentki szkoły otrzymują dyplom pielęgniarski.

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

KRONIKA

Z zagranicy

ZSRR

W lipcu rb. odbyło się w Moskwie VIII Plenum Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Referat wstępny wygłosiła wiceminister zdrowia ZSRR, **M. D. Korgina**, podkreślając konieczność dalszego polepszenia usług leczniczych dla ludności, a zwłaszcza dla robotników w przemyśle. Ostatnio Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło badania nad wykryciem przyczyn zachorowalności robotników przemysłu tekstylnego i metalurigcznego, wysyłając specjalistów w teren, którzy na miejscu, po zbadaniu przyczyn, określali postępowanie, jakie należy przedsięwziąć celem jak najszybszego i pełnego ich zlikwidowania. Doświadczenie wykazało, że zachorowalność na grypę i anginę daje największą stratę roboczodni; z tymi chorobami należy też walczyć jak najenergiczniej.

Przewodnicząca Prezydium Związku Służby Zdrowia, **M. W. Iljina**, w referacie sprawozdawczym omówiła poprawę usług służby zdrowia dla świata pracy, podkreślając, że osiągnięte rezultaty nie są jeszcze dostateczne, jak to wykazała analiza zachorowalności w zakładach przemysłowych. Następnie poruszyła sprawę wychowania politycznego i uświadomienia kadr, które przecież decydują o wynikach pracy i stwierdziła, że ogniwa związkowe wkładają w to zbyt mało pracy. Należy również poświęcić więcej uwagi rozwojowi krytyki i samokrytyki. Konsekwentna, świadoma praca ogniw związkowych, zbliżenie do praktyki życia codziennego pomoże ulepszyć jakość usług leczniczych dla pracowników najważniejszej gałęzi produkcji.

W ożywionej dyskusji zabrało głos 26 związkowców, przedstawicieli terenowych, którzy poruszyli najżywotniejsze sprawy służby zdrowia. Powzięte uchwały mają na celu przeprowadzenie zasadniczych zmian dla poprawy obsługi leczniczej i działalności profilaktycznej w zakładach przemysłowych.

*

* *

Z początkiem roku szkolnego 1953/54 wprowadzono nowy program w średnich szkołach medycznych, przedłużając jednocześnie okres trwania nauki w szkołach pielęgniarstwa pediatrycznego do 3 lat, a w szkołach felczersko-akuszeryjnych do lat 4. Jednocześnie przy tych szkołach otworzono wieczorowe kursy dla pielęgniarek, laborantów i techników dentystycznych.

*

* *

W Baku (Kaukaz) istnieje kilka nocnych sanatoriów dla pracowników przemysłu naftowego. Po skończonym dniu pracy robotnicy udają się specjalnymi autobusami do sanatorium, gdzie biorą kąpiele, przebierają się i zasiadają do pożywnego dietetycznego posiłku. Sanatoriów takich jest w Baku 7, z ogólną liczbą 350 łóżek. Powstały one dzięki staraniom Związku Zawodowego Okręgu Azerbejdżańskiego. Robotnicy skierowani są do sanatoriów na okres miesięczny i zależnie od grupy ludzi, która przebywa tam w danym okresie, zmienia się reżim sanatoryjny. Tak więc np. w jednym miesiącu są skierowani na leczenie sanatoryjne wyłącznie chorzy z chorobą wrzodową, w innym — chorzy na serce, jeszcze w innym — chorzy na chorobę nadciśnieniową lub na choroby przewodu pokarmowego. Chorzy ci pracują w swych zakładach pracy zawsze na pierwszej zmianie, aby pozostałą część dnia i nocy mogli spędzać w sanatorium, gdzie przeprowadzają kurację, wypoczywającą i otrzymują odpowiednią dietę.

* *

We Wszechzwiązkoywm Instytucie Antybiotyków wykryto ostatnio nowy antybiotyk — biomycynę. Badania doświadczalne na zwierzętach oraz obserwacje kliniczne potwierdziły wielką efektywność tego leku. W kontrolnej grupie zwierząt zakażonych tyfusem brzusznym śmiertelność wynosiła 80%, w drugiej zaś grupie, której jednocześnie z zakażeniem podano biomycynę, śmiertelność nie przekracza 15%. Bardzo dobre wyniki daje łączenie biomycyny z ekmoliną.

Biomycyna działa na strepto- i stafilokoki, hamuje wzrost niektórych bakterii, jak np. maczugowca błonicy, jest mało toksyczna, w dawkach leczniczych nie wpływa na zmianę ciśnienia krwi i oddechu, pobudza perystaltykę jelit, w chorobach zakaźnych nie przeszkadza w wytwarzaniu przez ustrój ciał odpornościowych. Stwierdzono, że biomycyna działa skutecznie w wielu chorobach zakaźnych, a zwłaszcza w chronicznej czerwonce, wobec której można ją uważać za lek swoisty.

Stosując biomycynę w tyfusie plamistym osiąga się znaczne skrócenie czasu choroby. Również w niektórych chorobach chirurgicznych, jak np. w zapaleniu otrzewnej, biomycyna daje doskonałe wyniki. Oparzenia i odmrożenia leczone biomycyną goją się szybko i nie dają powikłań.

Te wszystkie doświadczenia i obserwacje kliniczne wykazują wielkie zalety biomycyny, którą można uważać za jeden z najskuteczniejszych antybiotyków, tym bardziej, że jak dotąd, nie zauważono, aby wywoływała prątkooporność.

Etiopia

W początku rb. w Addis Abebie, stolicy Etiopii, odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów pierwszym 8 pielęgniarkom, które ukończyły $3^{1}/_{2}$-letnią Szkołę Pielęgniarstwa Etiopskiego Czerwonego Krzyża.

Iran

W maju 1949 r. powstała w Teheranie pierwsza szkoła pielęgniarstwa, trwająca 3 lata. Na pierwszy kurs zgłosiło się wiele kandydatek, spośród których wybrano 42 z ukończoną szkołą powszechną. Kurs wstępny trwał 4 miesiące; następnie uczennice kolejno odbywały praktykę szpitalną i wracały do klasy na teorię, ponieważ przyjęto blokowy system nauczania. Wykłady z pielęgniarstwa prowadziły instruktorki sprowadzone z Europy, przedmioty kliniczne zaś wykładali profesorowie Wydziału Medycznego na Uniwersytecie Teherańskim. Praktykę szpitalną słuchaczki odbywały pod kierunkiem instruktorek szkolnych. W szpitalach irańskich pracują dotąd pielęgniarki z krótkim przeszkoleniem praktycznym.

SPIS TREŚCI ZA ROK 1953

Odpowiedzi Redakcji

Kol. E. L. w Gdyni - Grabówku.

Ustalony czas pracy pielęgniarki w zakładach lecznictwa zamkniętego dotyczy wszystkich oddziałów szpitalnych, a więc również i oddziałów chorób zakaźnych. Pielęgniarki obowiązuje 46 godzin pracy tygodniowo, a za pracę w godzinach nadliczbowych wypłaca się im wynagrodzenie zwiększone o 50% za pierwsze 2 godziny nadliczbowe i o 100% za następne godziny pracy, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18 grudnia 1919 r. w brzmieniu z roku 1948 (Dz. U. Nr 29, poz. 192). Pielęgniarkom stale zatrudnionym na oddziałach zakaźnych przysługuje 40% dodatek do wynagrodzenia.

Kol. I. Z. w Lęborku.

W odpowiedzi na Wasz list wyjaśniamy, iż nocna praca pielęgniarki, wynikająca z jej obowiązków, jest uważana za pracę normalną, z tego tytułu nie przysługuje dodatek do wynagrodzenia. Na zmianie nocnej winny pracować te pielęgniarki, które poprzednio pracowały na zmianie rannej, na zmianie popołudniowej te, które pracowały na zmianie nocnej, a na zmianie rannej te pielęgniarki, które poprzednio pracowały na zmianie popołudniowej.

Jeżeli, natomiast, oprócz normalnej pracy była Koleżanka zatrudniona dodatkowo w godzinach nocnych, wówczas praca taka jest uważana za pracę w godzinach nadliczbowych i przysługuje Koleżance wynagrodzenie za tę pracę, stosownie do ustawy z dnia 18 grudnia 1919 r. o czasie pracy w przemyśle i handlu, tj. z 100% zwyżką jako za pracę nocną.

Kol. D. W. w Bydgoszczy.

W odpowiedzi na Wasz list wyjaśniamy, iż pracownicy otrzymujący dodatek funkcyjny nie mają tytułu do wynagrodzenia za godziny nadliczbowe. Pielęgniarka oddziałowa otrzymuje taki dodatek i stąd też nie ma podstaw prawnych do wypłacania jej wynagrodzenia za godziny nadliczbowe.

Za przepracowane niedziele i ustawowe święta pracownikowi przysługują dnie wolne w tygodniu. Ponieważ pielęgniarki pracują na 3 zmiany: ranną, popołudniową i nocną, przesuwanie zmian winno następować co 7 dni z uwzględnieniem jednego dnia wolnego za przepracowane niedziele.

PRZEGLĄD PRASY

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 34/53

Dr R. ŻERA — **Wyniki kliniczne leczenia dietą niskosodową przewlekłej niewydolności krążenia.**

W zaburzeniach krążenia krwi przebiegających z obrzękami stosowano już przed 50 laty ograniczenie soli kuchennej w diecie. W roku 1911 stwierdzono, że przyczyną zatrzymania wody w ustroju jest nie chlor, lecz sód (sól kuchenna — NaCl składa się z sodu i chloru — przyp. Red.). Stąd wynika bezpodstawność ograniczania płynów, natomiast wielkie znaczenie w przewlekłej niewydolności krążenia ma ograniczenie soli. Dzisiaj wiadomo, że obrzęki powstają wskutek zatrzymywania w ustroju wody w następstwie zmniejszonej zdolności nerek do wydalania sodu. Wobec powyższych faktów w leczeniu przewlekłej niewydolności krążenia wprowadzono dietę niskosodową dobierając pokarmy, które obok możliwie najmniejszej zawartości sodu mają w sobie wszystkie niezbędne pełnowartościowe składniki odżywcze. Przy diecie niskosodowej chorzy nie wymagają ograniczenia płynów, które w dostatecznej ilości są przecież niezbędnym warunkiem obfitej diurezy. Tym więcej sodu bowiem wydala się przez nerki, im więcej przepływa przez nie wody.

Po zastosowaniu diety niskosodowej, co chorzy przeważnie dobrze znosili, inne sposoby leczenia nie uległy zmianie; zanotowano duży spadek wagi, tym znaczniejszy im większe były obrzęki. Chorzy odzyskiwali łaknienie i szybko tracili pragnienie.

Dr K. MURAWSKI i J. KRYSIAK — **Dekstran w porównaniu z innymi środkami zastępczymi osocza** (dokończenie w Nr 35/53).

Leczenie wstrząsów i zapobieganie im jest jednym z najważniejszych zagadnień medycyny współczesnej. Po spadku hemoglobiny we krwi do 20%, człowiek lub zwierzę utrzymuje się jeszcze przy życiu, ale po stracie około połowy krwi krążącej następuje śmierć. Konieczne jest wówczas jak najszybsze uzupełnienie płynu w układzie krążenia. Płyn musi odpowiadać następującym warunkom:

1) pozostawać w ustroju przez czas potrzebny do regeneracji własnych białek chorego,

2) po wprowadzeniu dożylnym nie powinien wywoływać objawów toksycznych,

3) musi być trwały, łatwy do wyjałowienia i przechowywania.

Po wielu różnych próbach, badania lat ostatnich przyniosły pomyślne wyniki dzięki zastosowaniu dekstranu, który nie wywiera żadnego ujemnego wpływu na czynności narządów, nie jest toksyczny i nie odkłada się w tkankach. Dekstran stosuje się w leczeniu i zapobieganiu wstrząsom wszelkiego pochodzenia. Niektórzy autorzy stawiają dekstran wyżej niż osocze, gdyż nie wymaga oznaczania grupy krwi, nie daje odczynów gorączkowych, jest tańszy oraz łatwy do przechowywania i transportu, a więc odpowiada wszystkim wymaganym warunkom.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 35/53

Dr J. RUTKOWSKI i Dr S. POKRZYWNICKI — **Strzykawka w służbie ludzkości.**

W bogatym instrumentarium Hipokratesa znajdowała się kaniula połączona z pęcherzem zwierzęcym, wśród narzędzi chirurgicznych zaś w wykopaliskach Pompei zaleziono pierwowzór strzykawki. Jednak strzykawkę w pojęciu nowoczesnym, jako narzędzie ssąco-tłoczące, zaopatrzone w drożną igłę, wynaleziono dopiero przed stu laty, tj. w roku. 1853. Do wynalezienia i udoskonalenia strzykawek i igieł przyczyniły się znacznie próby przetaczania krwi. W XVII wieku jako strzykawki przy doświadczeniach na zwierzętach używano gęsiego pióra, na którym osa-

dzony był pęcherz zwierzęcy. Za twórcę nowoczesnej strzykawki uważa się Francuza, chirurga z Lyonu, **Karola Praveza** (1853). Strzykawka nowoczesna i igły zostały od tego czasu bardzo udoskonalone. Obecnie poszukiwane są metody, które pozwoliłyby na wprowadzenie płynów pod skórę bez bólu, a nawet bez użycia igły; opracowuje się mianowicie metodę wprowadzania płynów pod skórę za pomocą specjalnego aparatu sprężynowo-ciśnieniowego, który nie powoduje bólu, nie wymaga wyjałowienia i sprawia, że przenikanie leków do tkanek jest znacznie większe.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI NR 36/53

Dr Z. WOŹNIEWSKI — **Współczesna ocena kliniczna nowotworu sutka operowanego z pomyślnym skutkiem w r. 1773.**

Hipokrates, Galen, Celsus i inni starożytni lekarze rozróżniali raka właściwego **(cancer)**, jako nowotwór złośliwy i skira **(scyrrhus)**, jako guz ukryty, twardy i niebolesny, który może być pozbawiony cech złośliwości. Już bardzo dawno po wyczerpaniu środków zachowawczych prawie zawsze uciekano się do zabiegu chirurgicznego. Autor przytacza dosłowny (z zachowaniem ówczesnej pisowni) opis amputacji sutka, przeprowadzonej, a następnie ogłoszonej drukiem przez doktora **Oehma** w roku 1773. Chorą operowano bez narkozy, wówczas jeszcze nie znanej, bez zachowania aseptyki — z wynikiem pomyślnym. Rana zgoiła się szybko i w kilka dni po operacji chora zaczęła chodzić. Według oceny współczesnego nam anatomopatologa i onkologa był to torbielo-mięsak o charakterze niezłośliwym; zdarzają się one bardzo rzadko.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE Nr 9/53

Dr J. BOGDANOWICZ — **Co dają badania laboratoryjne w zakresie chorób dziecięcych.**

Autor analizuje badania krwi, moczu, kału i OB, wskazując na błędy przy zbieraniu materiału oraz na mylne lub niesłuszne wnioski w ocenie wyników. Przy badaniu krwi zbyteczne jest podawanie granic norm u dorosłych, które nie odpowiadają normom wieku dziecięcego, a odczytywane przez rodziców budzą niepokój wobec różnic pomiędzy „normami" a otrzymanymi wynikami. U małych dzieci, zwłaszcza w końcu zimy i wczesną wiosną, liczba czerwonych krwinek jest przeważnie niższa, co nie świadczy jednak o niedokrwistości. Przy pobieraniu moczu do analizy należy przede wszystkim zwrócić uwagę na staranność i czystość, zwłaszcza u dziewczynek. Co do badania kału na jaja pasożytów, należy to badanie powtarzać 2 — 3 razy, a prócz tego badać również materiał pobrany z otoczenia kiszki stolcowej i zza paznokci dziecka. Do badań na OB nie jest konieczne kierowanie dziecka na czczo.

Dr S. PAWELSKI — **Uwaga o technice pośredniego przetaczania krwi.**

Przed przystąpieniem do przetaczania krwi należy przede wszystkim sprawdzić dokumentacje krwi, ocenić jej przydatność, a następnie wykonać próbę krzyżową. Aparat musi być wyjałowiony bezpośrednio przed zabiegiem. Przed rozpoczęciem przetaczania należy jeszcze wykonać próbę biologiczną. W czasie przetaczania największą trudnością jest zwolnienie lub zatrzymanie przepływu krwi, wskutek powstawania skrzepu w igle lub w aparacie, albo niewłaściwego umiejscowienia igły w żyle lub załamania się przewodu doprowadzającego powietrze z butelki.

Dr W. GROTT, Dr Z. DZIECIOŁOWSKI i Dr R. KUŹMICKI — **Czarne jagody w zwalczaniu owsicy.**

Zakażenie owsikiem występuje u dzieci nadzwyczaj często; według badań wykonanych wkrótce po wojnie dochodziło do 72%. Dawniej z powodzeniem stosowano leczenie fioletem goryczkowym. Ostatnio finlandzki lekarz **B. Landtmann,** ogłosił pracę, w której pisze o dużej skuteczności leczenia owsika u dzieci czarnymi jagodami. W Klinice Chorób Wewnętrznych w Łodzi zastosowano tę metodę, podając chorym w ciągu 3 dni czarne jagody z dowolną ilością cukru i mleka. Zaobserwowano bardzo pomyślne wyniki. Dalsze badania są w toku.

Dr C. MARDAROWICZ — **Czerwonka bakteryjna.** Autor podaje w obszernym studium etiologię czerwonki, przebieg kliniczny, leczenie oraz metody zapobiegania szerzeniu się tej choroby.

POŁOŻNA Nr 9/53

Dr L. G. — **Pierwszy polski druk o położnictwie.** W epoce Odrodzenia, w r. 1552 wydrukowano w Krakowie pierwszą polską książkę lekarską, przeznaczoną dla szerokich mas ludności pt. „Falmierza Zielnik imprymowany w Krakowie u Floriana Unglera". Książka ta zawiera opis roślin lekarskich i przygotowywanych z nich wywarów oraz wskazówki w jakich chorobach są one skuteczne. Jeden z rozdziałów, przytoczony w całości, nosi tytuł „o rodzeniu dziatek".

Dr ZAWADZKA-RUŻYŁŁO — **Niepłodność kobieca.** Najczęstszymi przyczynami niepłodności kobiety są: niedorozwój narządów rodnych, przebyte sprawy zapalne, zwłaszcza przydatków, oraz gruźlica. W ustalaniu przyczyn niepłodności pomaga kontrastowe prześwietlenie macicy i jajowodów, a także przedmuchiwanie trąbek. W leczeniu stanów zapalnych stosuje się antybiotyki i sulfonamidy; poza tym duże znaczenie ma leczenie balneologiczne, np. kąpiele borowinowe.

REDAKCJA: Warszawa, al. Stalina 22, Zw. Zaw. Pr. Sł. Zdr. Tel. 8-34-91. Redakcja czynna codziennie: 9 — 15.
Wydawca: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, ul. Chocimska 22.
Prenumerata: kwartalnie zł 6.—, rocznie zł 24.—. Cena pojedynczego zeszytu zł 2.—.
Zamówienia i wpłaty na prenumeratę przyjmują placówki pocztowe właściwego rejonu doręczeń, na terenie którego zamieszkuje prenumerator - odbiorca lub za pośrednictwem listonoszów do dnia 10-go każdego miesiąca, poprzedzającego okres zamawianej prenumeraty.
Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24. Zamiejscowym wysyłka za zaliczeniem pocztowym.
Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.150 zł, 1/2 str. — 1.100 zł, 1/4 str. — 600 zł, 1/8 str. — 300 zł, 1 cm² — 5 zł.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 781c z dn. 6.XI.53 r. Pap. druk. sat. kl. V. 60 g. A1. Nakł. 6.050 + 50 egz. 4-B-20038